



Croyances, intentions et obstacles chez les aînés québécois pour améliorer leur santé

VIEILLISSEMENT ET SANTÉ

AUTEURS

Carole Blanchet
Denis Hamel
Bureau d'information et d'études en santé des populations

SOUS LA COORDINATION DE

Carole Blanchet
Bureau d'information et d'études en santé des populations

RESPONSABLE DES ASPECTS STATISTIQUES

Denis Hamel
Bureau d'information et d'études en santé des populations

MEMBRES DU COMITÉ DE LECTURE :

Jérôme Martinez
Bureau d'information et d'études en santé des populations
Marie-Claude Paquette
André Tourigny
Direction du Développement des individus et des communautés
Guillaume Dolley
Direction générale adjointe de santé publique
ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

MISE EN PAGE

Hélène Fillion
Sylvie Muller
Bureau d'information et d'études en santé des populations

CITATION SUGGÉRÉE

Blanchet C et D Hamel. 2016. Croyances, intentions et obstacles chez les aînés québécois pour améliorer leur santé. Collection Vieillesse et santé. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 19 p.

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

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

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

Dépôt légal – 2^e trimestre 2016
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 2367-9646 (PDF)
ISBN : 978-2-550-76031-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des tableaux	II
Liste des figures	II
Faits saillants	1
1 Introduction	3
2 Méthodologie	4
2.1 Bref rappel de la source des données et de la population cible.....	4
2.2 Analyses statistiques.....	4
3 Variables étudiées	4
3.1 Variables principales.....	4
3.1.1 Croyances pour améliorer sa santé.....	4
3.1.2 Intentions pour améliorer sa santé.....	5
3.1.3 Modification de comportements pour améliorer sa santé au cours des 12 derniers mois.....	5
3.1.4 Obstacles pour améliorer sa santé.....	5
3.2 Variables de croisement.....	5
3.2.1 Variables démographiques et socioéconomiques.....	5
3.2.2 Facteurs favorables à la santé.....	5
3.2.3 Problèmes de santé chroniques.....	5
4 Résultats	6
4.1 Croyances pour améliorer sa santé.....	6
4.2 Intentions pour améliorer sa santé.....	7
4.3 Modification de comportements pour améliorer sa santé.....	7
4.4 Portrait socioéconomique des aînés québécois qui ont modifié leurs comportements ou qui en ont l'intention pour améliorer leur santé.....	8
4.5 Croyances et intentions pour améliorer sa santé : liens avec le cumul de facteurs favorables à la santé.....	9
4.6 Croyances et comportements modifiés pour améliorer sa santé : liens avec les problèmes de santé chroniques.....	9
4.7 Obstacles pour améliorer sa santé.....	10
5 Discussion	11
6 Conclusion	14
Références	14

Liste des tableaux

Tableau 1	Comportements à améliorer ou faisant partie des intentions ou déjà modifiés pour améliorer sa santé chez les aînés québécois et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans.....	6
Tableau 2	Obstacles déclarés par les aînés québécois pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois âgés entre 50 et 64 ans.....	10

Liste des figures

Figure 1	Aînés québécois croyant qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans	6
Figure 2	Aînés québécois ayant l'intention d'améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans	7
Figure 4	Aînés québécois ayant modifié leurs comportements pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans	8
Figure 5	Aînés québécois ayant modifié leurs comportements pour améliorer leur santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques.....	8
Figure 6	Aînés québécois ayant l'intention de modifier leurs comportements pour améliorer leur santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques	9
Figure 7	Aînés québécois croyant qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et ayant l'intention de modifier leurs comportements selon le cumul de facteurs favorables à la santé.....	9
Figure 8	Aînés québécois croyant qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé ou ayant déjà modifié leurs comportements selon le cumul de problèmes de santé chroniques	10
Figure 9	Aînés québécois rencontrant des obstacles pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans.....	10

Faits saillants

Comprendre les facteurs qui permettent de vieillir en santé revêt une grande importance dans le contexte des sociétés vieillissantes telles que la nôtre. Les mesures préventives axées sur les habitudes de vie constituent des stratégies de choix pour éviter, retarder ou réduire les maladies chroniques. Or, des obstacles ou des résistances peuvent survenir lorsqu'on tente de modifier des habitudes ancrées depuis longtemps.

Cette étude décrit les croyances, les intentions de même que les obstacles vécus par les aînés québécois pour améliorer leurs habitudes de vie. Elle se base sur les données de l'enquête Vieillesse en santé conduite par Statistique Canada en 2008-2009.

Ces connaissances pourront guider les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques auprès des aînés du Québec.

S'impliquer pour améliorer sa santé : près de 4 aînés sur 10 y croient

Quatre Québécois sur dix âgés de 65 ans et plus croient que quelque chose doit être fait pour améliorer leur santé. La proportion diminue à 30 % chez les aînés de 75 ans et plus. Parmi ceux qui croient qu'il y a quelque chose à faire, l'activité physique est le comportement le plus souvent déclaré et elle est suivie par la perte de poids.

L'intention d'améliorer ses habitudes de vie est toujours présente chez les aînés

Il est intéressant de constater que près du tiers des aînés québécois ont l'intention de modifier positivement leurs comportements pour améliorer leur santé même si la proportion tend à diminuer avec l'âge. Parmi les intentions déclarées, celle de faire davantage d'activité physique revient une fois de plus en première place.

Un peu plus du tiers des aînés était déjà passé de l'intention à l'action

Un peu plus du tiers des aînés québécois avaient fait des modifications pour améliorer leur santé au cours de l'année précédant l'enquête. Cette proportion est similaire chez les hommes et les femmes mais diminue

significativement chez les Québécois de 75 ans et plus. L'activité physique est le comportement qui a été le plus souvent modifié, suivie par les habitudes alimentaires.

Des résultats variables selon la situation socioéconomique des aînés

Une plus grande proportion d'aînés vivant dans des ménages plus scolarisés, avec un conjoint ou dans la région métropolitaine avait modifié favorablement leurs habitudes de vie dans l'année précédant l'enquête.

Par ailleurs, les aînés vivant dans un ménage peu scolarisé ou à plus faible revenu sont moins nombreux à avoir l'intention d'améliorer leur santé, tout comme ceux vivant dans une petite ville ou en milieu rural.

Croyances et intentions : liens avec le cumul de facteurs favorables à la santé

Les aînés québécois cumulant 3 facteurs favorables à la santé ou moins sont plus nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et à avoir l'intention d'adopter de saines habitudes de vie que ceux qui cumulent plus de facteurs favorables.

Croyances et comportements modifiés : liens avec le cumul de problèmes de santé chroniques

Les aînés ayant 3 problèmes de santé chroniques ou plus sont proportionnellement plus nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et aussi à avoir modifié leurs comportements au cours de l'année précédente, comparativement à ceux qui n'ont pas de tels problèmes de santé.

Obstacles pour améliorer sa santé

Près de deux aînés sur trois ont rapporté rencontrer des obstacles pour améliorer leur santé. Le manque de volonté est le principal obstacle mentionné, suivi par l'incapacité fonctionnelle ou les problèmes de santé. Certains ont aussi rapporté que les conditions météorologiques n'étaient pas toujours favorables ou que leurs responsabilités familiales les en empêchaient.

Conclusion

Plusieurs études indiquent que les personnes âgées peuvent améliorer leur état de santé et leur qualité de vie en améliorant leurs habitudes de vie. Les résultats étudiés indiquent que les aînés québécois sont réceptifs à le faire.

Les actions à proposer devraient idéalement répondre à leurs besoins, leurs limites et leurs attentes. Les approches envisagées, en plus de procurer des bénéfices pour la santé, devraient renforcer la socialisation et le support social afin de favoriser la participation. Aussi, une attention spéciale doit être portée aux groupes d'aînés de faible niveau socioéconomique.

Mise en contexte

Cette publication de l'Institut national de santé publique du Québec fait partie du second volet d'une série de publications axées sur le thème *Viellissement et santé*.

Les mesures préventives axées sur les habitudes de vie représentent une stratégie de choix pour éviter, retarder ou réduire l'apparition des maladies et ainsi prévenir la morbidité et la mortalité qui y sont associées. De plus, on parle aujourd'hui d'autogestion des maladies chroniques par les individus eux-mêmes, qu'ils soient âgés ou non, en misant sur leur participation dans la prise en charge de leur maladie (Fournier et Murphy, 2016; Berman et Iris, 1998; CCS, 2012). L'adoption de saines habitudes de vie même à un âge avancé fait ainsi partie des stratégies d'autogestion et de prévention des maladies chroniques et met de l'avant une perspective positive du vieillissement (Cardinal *et al.*, 2008; Tourigny, 2013).

Le volet I du projet *Viellissement et santé* a permis de mieux connaître certaines habitudes de vie des aînés québécois, comme leur consommation de fruits et légumes, leur niveau d'activité physique de loisir et de transport, leur statut tabagique, la consommation d'alcool ainsi que leur poids corporel et leur niveau de participation sociale. (Blanchet, Hamel *et al.*, 2014). Ce premier volet a mis en lumière la prévalence de facteurs favorables à la santé des aînés qui vivent dans la communauté et cela, en fonction de leurs caractéristiques socioéconomiques. L'étude a entre autres révélé que plus les aînés québécois cumulent de saines habitudes de vie, plus nombreux ils sont à se percevoir en meilleure santé.

Le volet II du projet constitue une mise en commun de compétences complémentaires pour étudier certains problèmes de santé liés au vieillissement et leurs relations avec des habitudes de vie et le poids corporel ainsi qu'avec d'autres déterminants de la santé telles les conditions socioéconomiques. Il permet donc d'enrichir les connaissances sur des thématiques de grande importance pour la santé des aînés québécois.

1 Introduction

L'OMS (2015) définit le vieillissement en bonne santé comme étant un processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles permettant aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être et cela, qu'elles soient atteintes ou non de maladies chroniques. Or, le maintien de l'autonomie des personnes âgées et la prévention ou l'autogestion des maladies chroniques nécessitent des interventions qui modifient des facteurs comportementaux ou psychosociaux ainsi que les facteurs liés aux milieux de vie (Payette et Shatenstein, 2005). La disponibilité et l'accessibilité des services de santé conditionnent aussi grandement l'utilisation qu'en font les personnes âgées et conséquemment leur état de santé.

Plusieurs études ont rapporté que les aînés peuvent grandement améliorer leur état de santé en modifiant leurs habitudes de vie. En effet, il est aujourd'hui admis que la détérioration des capacités physiques et mentales des personnes âgées causée par des comportements à risque ou par des facteurs environnementaux (environnement physique, social ou économique) peut être freinée et parfois même renversée (OMS, 2012, 2015a; Peel *et al.*, 2005; Newson, 2012). L'adoption d'un mode de vie plus sain, même à un âge avancé, peut améliorer la qualité de vie malgré la présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

Avec les tendances mondiales du vieillissement de la population, certains pays ont développé et implanté des politiques de vieillissement en santé pour promouvoir une qualité de vie en santé des aînés. En effet, comprendre les facteurs qui permettent de vieillir en santé revêt d'une grande importance dans le contexte des sociétés vieillissantes telles que la nôtre (Martel *et al.*, 2005).

Selon Martel *et al.* (2003), il y a quatre grands groupes de facteurs ou de déterminants de la santé fonctionnelle durant la vieillesse : les caractéristiques individuelles et de santé, les facteurs comportementaux, les caractéristiques socioéconomiques et les facteurs environnementaux (Martel *et al.*, 2003). Les comportements qui peuvent être à l'origine des maladies chez les aînés, comme les mauvaises habitudes de vie, sont répandus et leur modification peut signifier un changement d'habitudes

ancrées depuis longtemps. La modification d'un comportement est un acte difficile et, selon Giordan (2010), il n'est jamais neutre et rarement immédiat. Des obstacles ou des résistances au changement peuvent survenir lorsqu'on tente de modifier des habitudes de vie. Giordan mentionne également que la méconnaissance des saines habitudes de vie par les individus n'explique pas à elle seule la résistance au changement de comportement car plusieurs facteurs entrent en jeu (Giordan, 2010). Par exemple, l'*European Food Information Council* (EUFIC) souligne que les informations et les conseils donnés lors des consultations médicales ou des campagnes médiatiques ne suffisent pas au changement de comportements car elles ne tiennent pas compte des nombreuses influences individuelles ou environnementales ainsi que des obstacles qui interviennent lors de la modification d'un comportement (EUFIC, 2015). Il n'est pas facile de savoir quelles techniques sont les plus efficaces dans un contexte donné. Cependant, lorsqu'on connaît les influences ou les obstacles les plus fréquents qui empêchent les individus de modifier leurs comportements, cela constitue un atout majeur pour la planification des interventions.

La recherche des facteurs qui contribuent au maintien de la santé ou à l'amélioration des habitudes de vie est donc pertinente pour les personnes âgées étant donné que ce groupe de la population fait face à un risque plus élevé de maladie ou d'incapacité fonctionnelle comparativement aux groupes plus jeunes. La présente étude explore chez les aînés québécois leurs croyances, leurs intentions, certains comportements modifiés ainsi que les obstacles rencontrés pour améliorer leur santé.

2 Méthodologie

2.1 Bref rappel de la source des données et de la population cible

La source des données de l'étude est l'enquête thématique Vieillesse en santé 2008-2009, incluse dans le programme des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette enquête transversale a été conduite par Statistique Canada entre les mois de décembre 2008 et de novembre 2009 (Statistique Canada, 2010). L'échantillon couvrait l'ensemble des personnes âgées de 45 ans et plus vivant dans les logements privés des dix provinces canadiennes. Les résidents des trois territoires et de certaines régions éloignées, ceux vivant sur les réserves indiennes et les terres de la Couronne, dans les établissements de santé ainsi que les membres à temps plein des Forces armées canadiennes sont exclus de la population cible. Pour le Québec, les régions éloignées non couvertes sont les régions sociosanitaires des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. Le lecteur devra garder en tête que la population visée par la présente étude demeure à domicile et qu'elle est généralement en meilleure santé que les personnes âgées vivant en institution, ces dernières ne faisant pas partie de la population échantillonnée par Statistique Canada.

Des tailles d'échantillon ont été calculées de façon à produire des estimations fiables à l'échelle des provinces. Pour le Québec, 5 217 répondants âgés de 45 ans et plus ont participé à l'enquête. Pour les besoins de la présente étude, seuls les répondants de 50 ans et plus ont été retenus, ce qui correspond à 4503 répondants. Les aînés sont définis comme étant les Québécois âgés de 65 ans et plus et ils sont comparés dans l'étude aux Québécois âgés entre 50 et 64 ans, ces derniers représentant la population active au travail. La grande majorité des entrevues (94 %) conduites en 2008-2009 ont été menées en face-à-face par un intervieweur, les autres entrevues l'ont été par téléphone. Toutes les entrevues étaient assistées par ordinateur. Pour plus d'informations concernant cette enquête, le lecteur est invité à consulter le Guide de l'utilisateur de l'ESCC (Statistique Canada, 2010).

2.2 Analyses statistiques

Toutes les proportions ou les prévalences présentées sont pondérées afin qu'elles soient représentatives de la population cible au Québec. L'utilisation des poids *bootstrap* disponibles avec les données du fichier-maître de l'ESCC permet de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête. Les estimations doivent avoir un minimum de précision pour être diffusées. Le coefficient de variation (CV) a donc été utilisé pour déterminer les règles de diffusion qui sont les mêmes que celles proposées par Statistique Canada : CV entre 0 et 16,6 % : diffusion sans restriction; CV entre 16,6 % et 33,3 % - diffusion marginale avec une note E : à utiliser avec prudence; CV supérieur à 33,3 % - précision insatisfaisante avec une note F : estimation non publiée.

Les analyses statistiques comprennent des tests globaux d'association, de type khi-deux, entre les variables principales et chaque caractéristique démographique ou socioéconomique. Ces tests bivariés ne tiennent compte que de la relation brute observée entre les deux variables concernées. Des tests de comparaison de proportions ont permis de repérer les différences statistiquement significatives entre deux variables ou deux catégories. Les différences sont jugées statistiquement significatives si les valeurs p sont inférieures à 0,05. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du progiciel SAS 9.4 sur le fichier maître de l'ESCC grâce au service de télé-accès de Statistique Canada.

3 Variables étudiées

3.1 Variables principales

3.1.1 CROYANCES POUR AMÉLIORER SA SANTÉ

Les informations fournies par l'enquête ont permis de documenter auprès des aînés leurs croyances pour améliorer leur santé ainsi que des façons de faire les plus importantes pour y arriver. La question suivante leur a été posée : *Croyez-vous qu'il y a quelque chose que vous devriez faire pour améliorer votre santé physique? Si oui, quelle est la chose la plus importante pour améliorer votre santé?* Les réponses ou solutions relatives à trois habitudes de vie ou au poids corporel ont été retenues : faire plus d'exercices physiques,

perdre du poids, améliorer son alimentation et cesser ou réduire le tabac.

3.1.2 INTENTIONS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ

Deux questions ont été posées aux aînés concernant leurs intentions pour améliorer leur santé, la première étant : *Avez-vous l'intention de faire quelque chose pour améliorer votre santé au cours de la prochaine année? Si oui, qu'est-ce que c'est?* Dans l'affirmative, les mêmes réponses relatives aux habitudes de vie mentionnées plus haut ont été retenues.

3.1.3 MODIFICATION DE COMPORTEMENTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Les réponses des aînés qui avaient modifié leurs comportements au cours des 12 derniers mois ont aussi été vérifiées. La question posée était : *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait quelque chose pour améliorer votre santé?* Les répondants ayant répondu par l'affirmative devaient indiquer le plus important changement qu'ils avaient fait. Huit types de changements ont été déclarés mais seulement ceux relatifs aux habitudes de vie ou au poids corporel ci-haut mentionnés ont été retenus car la taille de l'échantillon permettait des analyses statistiques.

3.1.4 OBSTACLES POUR AMÉLIORER SA SANTÉ

L'enquête nous informe par ailleurs sur les éventuels obstacles que peuvent rencontrer les aînés pour améliorer leur santé. La question posée était : *Y-a-t-il quelque chose qui vous empêche de réaliser cette amélioration? Si oui, qu'est-ce que c'est?* Onze obstacles leur ont été suggérés : *Manque de volonté, responsabilités familiales, travail (non retraité), dépendance à la drogue/alcool, ne pas être en forme, problèmes de santé, stress, coût, non disponible dans la région et problèmes de transport.*

3.2 Variables de croisement

3.2.1 VARIABLES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Les variables de croisement utilisées pour documenter les variables principales ont été décrites antérieurement (Hamel, 2014a). Brièvement, il s'agit de l'âge (les aînés sont les Québécois de 65 ans et plus), du sexe, de la scolarité et du revenu du ménage, de la structure du ménage et du statut d'immigrant. Rappelons que

certaines caractéristiques relatives au groupe de Québécois âgés entre 50 et 64 ans ont aussi été analysées et sont présentées à titre comparatif.

3.2.2 FACTEURS FAVORABLES À LA SANTÉ

Les facteurs favorables à la santé réfèrent à 4 habitudes de vie et au statut pondéral. Ces facteurs ont été définis et analysés au cours de la phase 1 du projet (Hamel et Blanchet, 2014b). Les facteurs favorables comprennent la consommation quotidienne de 5 portions ou plus de fruits et de légumes, la pratique hebdomadaire d'activité physique de loisir et de transport (niveaux actif et moyennement actif), le poids normal soit un indice de masse corporelle (IMC) se situant entre 18,5 et 30, le tabagisme, c'est-à-dire être non-fumeur à vie ou ancien fumeur depuis plus de 5 ans, et la consommation d'alcool, soit ne pas boire d'alcool à tous les jours et ne jamais consommer de l'alcool de manière excessive (5 verres ou plus par occasion). L'indice cumulatif de facteurs favorables à la santé comprend donc 4 habitudes de vie et le poids corporel et il varie donc entre 0 et 5.

3.2.3 PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

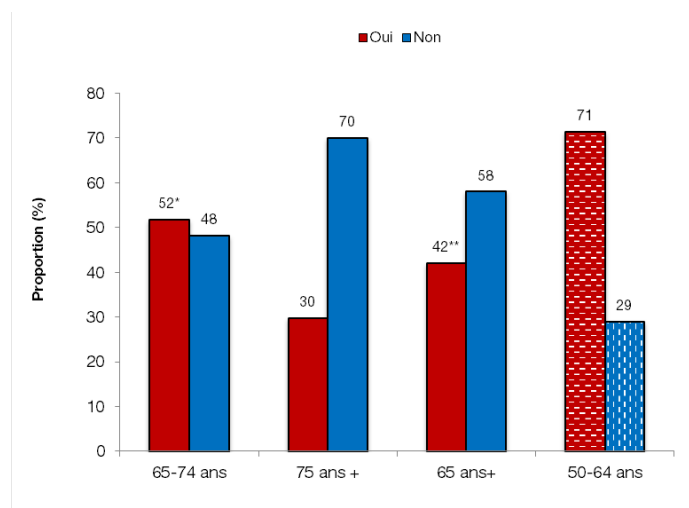
Les problèmes de santé chroniques retenus ne concernent que les problèmes de santé physique déclarés par les sujets lors de l'enquête. Il s'agit des mêmes problèmes de santé utilisés pour notre étude récemment publiée (Blanchet *et al.*, 2015), soit : l'hypertension, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'arthrite, l'ostéoporose et les troubles de l'intestin. La valeur de 1 a été codifiée pour chaque problème de santé déclaré et la valeur 0 lorsque le problème était absent. Le cumul de problèmes de santé chroniques est la somme des valeurs attribuées à chaque problème retenu et varie de 0 à 9. Le cumul a été divisé en trois catégories : aucun problème de santé chronique, 1-2 problèmes, 3 problèmes ou plus.

4 Résultats

4.1 Croyances pour améliorer sa santé

Quatre aînés sur dix (42 %) croient que quelque chose doit être fait pour améliorer leur santé et 71 % des Québécois âgés entre 50 et 64 ans le croient aussi (figure 1). La proportion diminue à 30 % chez les aînés de 75 ans et plus. Parmi les aînés qui croient qu'il y a quelque chose à faire, l'activité physique est le comportement le plus souvent déclaré pour tous les groupes d'âge (tableau 1). La perte de poids a été mentionnée par 16 % des aînés, soit par près d'un aîné sur cinq âgé entre 65 et 74 ans comparativement à 9 % chez les 75 ans et plus. La modification des habitudes alimentaires a été déclarée par 12 % des aînés. Enfin, 6 % des aînés ont mentionné comme comportement à améliorer la cessation ou la réduction du tabac comparativement à 14 % des personnes âgées entre 50 et 64 ans. Notons que la prévalence du tabagisme est plus élevée chez ces derniers (Lasnier, 2014).

Figure 1 Aînés québécois croyant qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

* Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65-74ans et 75 ans et plus.

** Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65 ans et plus et 50-64 ans.

Tableau 1 Comportements à améliorer ou faisant partie des intentions ou déjà modifiés pour améliorer sa santé chez les aînés québécois et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans.

Variables	Groupes d'âge			
	65-74 ans	75 ans ⁺	65 ans ⁺	50-64 ans
Croyance/comportement à améliorer :				
-Activité physique	54,4	61,1	56,9	55,8
-Alimentation	11,7	13,0	11,9	10,2
-Perte de poids	19,0	9,3 ^E	15,6	13,5
-Cessé/réduit le tabac	7,3	3,7	5,9	13,9
-Autres	7,5	12,8	9,1	6,6
Intention déclarée :				
-Activité physique	26,9	12,7	20,7	41,9
-Alimentation	6,9 ^E	3,0 ^E	5,1	11,1
-Perte de poids	7,3 ^E	2,6 ^E	5,1	9,2
-Autres	F	F	F	F
Comportement modifié/adopté :				
- Activité physique	41,4	40,8	40,6	43,0
-Alimentation	22,2	21,4	22,3	22,5
-Perte de poids	14,9 ^E	11,4 ^E	12,5 ^E	13,0 ^E
-Cessé/réduit le tabac	6,8 ^E	F	5,5	8,3
-Autres	15,5	23,4	12,2	13,0

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

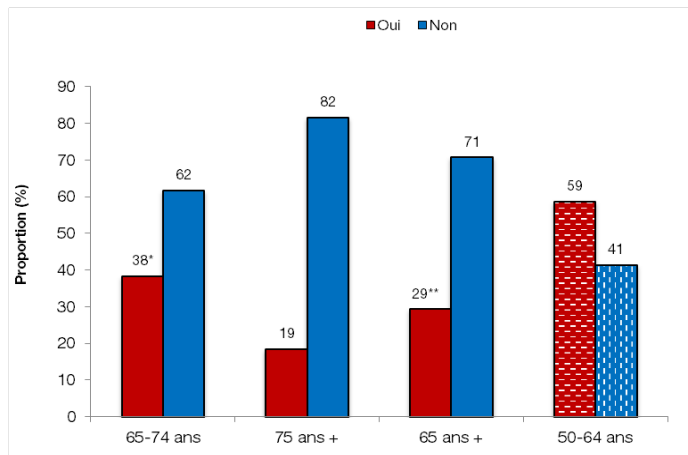
^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %, non publiée.

4.2 Intentions pour améliorer sa santé

Près du tiers des aînés québécois, dont 38 % de ceux âgés entre 65-74 ans et 19 % chez les 75 ans et plus, ont l'intention de modifier leurs comportements pour améliorer leur santé au cours de la prochaine année. Cette proportion augmente à 59 % chez les Québécois plus jeunes, soit ceux âgés entre 50 et 64 ans. L'intention d'améliorer ses comportements ou habitudes de vie ne varie pas selon le sexe (données non présentées). Parmi les intentions déclarées, faire plus d'activité physique revient une fois de plus en première place pour tous les groupes d'âge. En effet, cette intention a été mentionnée par 21 % des aînés et 42 % des Québécois dont l'âge se situe entre 50-64 ans. On constate aussi au tableau 1 que cette intention diminue avec l'âge et n'a été déclarée que par 13 % des aînés de 75 ans et plus. Seulement 5 % des aînés ont l'intention d'améliorer leurs habitudes alimentaires et une proportion semblable a déclaré vouloir perdre du poids. Enfin, les proportions de personnes de 50 ans et plus ayant l'intention de cesser ou de réduire le tabac sont trop faibles et variables pour être publiées.

Figure 2 Aînés québécois ayant l'intention d'améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

* Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65-74ans et 75 ans et plus.

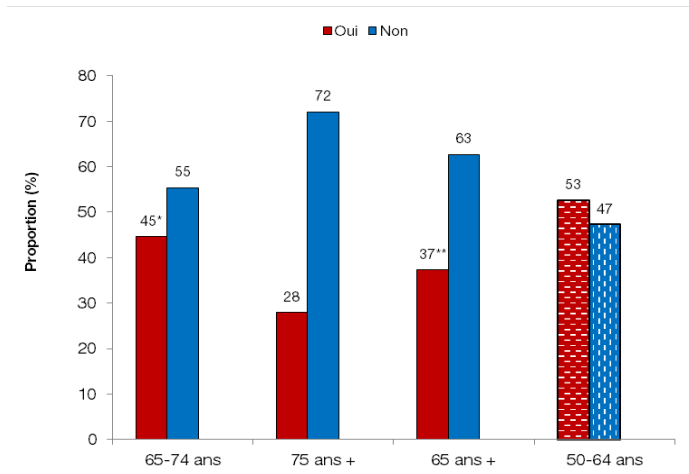
** Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65 ans et plus et 50-64 ans.

4.3 Modification de comportements pour améliorer sa santé

Les informations recueillies par l'ESCC 2008-2009 ont permis de mieux connaître les répondants qui avaient modifié, c'est-à-dire améliorer certains comportements comme les habitudes de vie ou le poids corporel au cours de l'année précédant l'enquête (figure 3). Un peu plus du tiers (37 %) des Québécois âgés de 65 ans ou plus avaient fait des changements comparativement à 53 % des Québécois âgés entre 50 et 64 ans. La proportion de Québécois qui avaient changé leurs comportements est semblable chez les hommes et les femmes mais diminue significativement avec l'âge, passant de 53 % chez ceux âgés entre 50 et 64 ans à 45 % chez les 65-74 ans et enfin à 28 % chez les 75 ans et plus.

Chez les aînés québécois qui avaient modifié leurs comportements, l'activité physique est le comportement qui a été le plus souvent déclaré, soit par environ 4 personnes sur 10 âgées de 65 ans et plus (tableau 1). Environ 22 % des aînés ont modifié leurs habitudes alimentaires, suivis par ceux qui ont perdu du poids ou qui ont fait des modifications autres que les habitudes de vie présentées. Enfin, 5,5 % des aînés ont réduit ou cessé le tabac. En général, les comportements adoptés ou améliorés ne varient pas selon l'âge chez les aînés, qu'ils soient âgés entre 50-64 ans ou de 65 ans et plus.

Figure 4 Aînés québécois ayant modifié leurs comportements pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans



Source des données : ESCC – Vieillissement en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

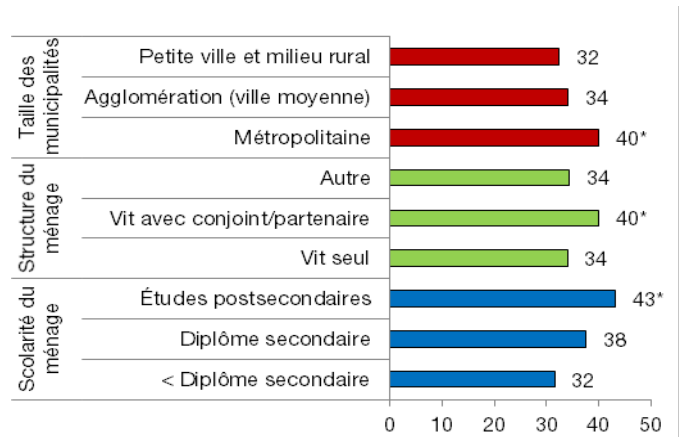
* Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65-74ans et 75 ans et plus.

** Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65 ans et plus et 50-64 ans.

4.4 Portrait socioéconomique des aînés québécois qui ont modifié leurs comportements ou qui en ont l'intention pour améliorer leur santé

Afin de mieux connaître les aînés qui ont modifié leurs comportements pour améliorer leur santé ou ceux qui en ont l'intention, des analyses ont été faites en fonction de certaines caractéristiques socioéconomiques (figures 4 et 5). La proportion d'aînés qui ont fait des changements l'année précédente est plus élevée chez ceux vivant dans un ménage plus scolarisé comparativement aux autres groupes moins scolarisés. Les aînés vivant avec un conjoint ont été proportionnellement plus nombreux à avoir fait des changements que ceux vivant seuls. Enfin, les aînés vivant dans la région métropolitaine ont aussi été plus enclins à avoir amélioré leurs comportements que ceux vivant en milieu rural ou dans une plus petite ville.

Figure 5 Aînés québécois ayant modifié leurs comportements pour améliorer leur santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques

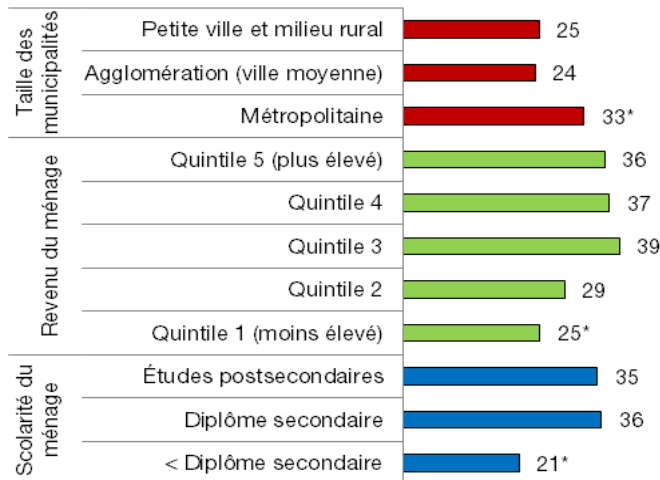


Source des données : ESCC – Vieillissement en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

* Différence significative ($p < 0,05$) entre cette catégorie et les autres catégories de la variable.

Parmi les aînés qui avaient l'intention de modifier un ou des comportements pour améliorer leur santé, on voit à la figure 5 que les intentions varient selon les niveaux de scolarisation et de revenu des ménages. En effet, les aînés vivant dans un ménage peu scolarisé ou à plus faible revenu sont en proportion moins nombreux à avoir l'intention d'améliorer leur santé que les autres groupes. Les intentions ne semblent pas varier selon la structure du ménage (données non présentées). On note toutefois que les aînés qui vivent dans la métropole sont plus nombreux à vouloir modifier leurs comportements que ceux vivant dans une plus petite ville ou en milieu rural.

Figure 6 Aînés québécois ayant l'intention de modifier leurs comportements pour améliorer leur santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

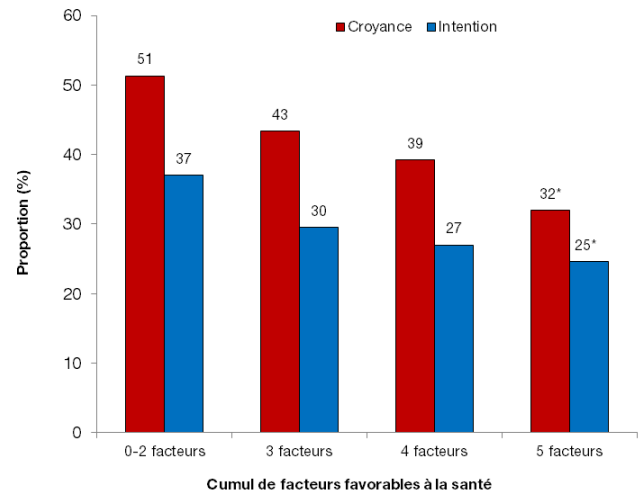
* Différence significative ($p < 0,05$) entre cette catégorie et les autres catégories de la variable.

4.5 Croyances et intentions pour améliorer sa santé : liens avec le cumul de facteurs favorables à la santé

Les croyances et les intentions des aînés québécois pour améliorer leur santé ont été analysées en fonction du cumul de 5 facteurs favorables à la santé. Ces facteurs, décrits à la section 3.2.2, sont : consommer quotidiennement 5 portions ou plus de fruits et de légumes, être actif ou moyennement actif physiquement, avoir un poids normal, être non-fumeur, ne pas boire d'alcool à tous les jours, ni de façon excessive.

On observe donc à la figure 6 que parmi les aînés qui croient qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé, ceux qui ne cumulent que 3 facteurs favorables ou moins sont plus nombreux à le penser que ceux qui présentent les 5 facteurs. De façon similaire, l'intention de modifier ses comportements est inversement proportionnelle au cumul de facteurs favorables, les proportions d'aînés ayant l'intention de modifier leurs comportements étant plus élevées chez ceux présentant 3 facteurs favorables ou moins.

Figure 7 Aînés québécois croyant qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et ayant l'intention de modifier leurs comportements selon le cumul de facteurs favorables à la santé



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

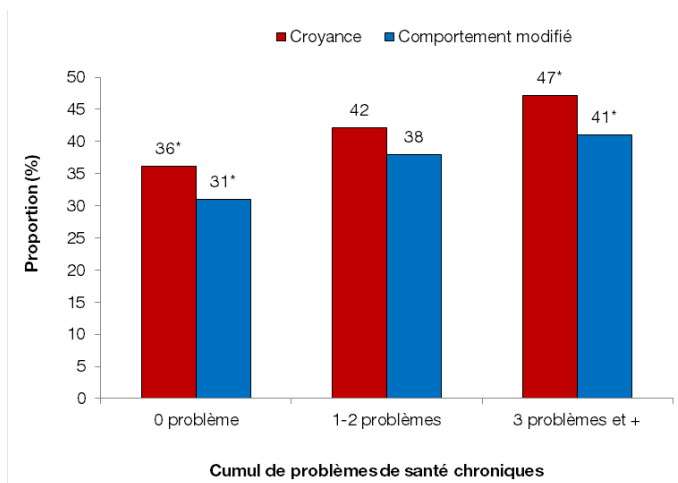
* Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 5 facteurs et les autres catégories.

4.6 Croyances et comportements modifiés pour améliorer sa santé : liens avec les problèmes de santé chroniques

Les liens entre les croyances et les intentions des aînés et le cumul de problèmes de santé chroniques ont aussi été vérifiés et sont présentés à la figure 7. Les aînés qui ont déclaré 3 problèmes de santé chroniques ou plus sont en proportion plus nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour leur santé comparativement à ceux qui n'ont pas de problème de santé. Comme mentionné plus haut, près de 30 % des aînés ont déclaré avoir l'intention de modifier leurs comportements pour améliorer leur santé. Or, l'intention de modifier ses comportements ne semble pas varier significativement selon le nombre de problèmes de santé physiques bien qu'on observe une faible tendance à la hausse, notamment pour l'amélioration des habitudes alimentaires (données non présentées). Cependant, il est intéressant de voir à la figure 7 que les aînés qui ont déclaré 3 problèmes de santé chroniques ou plus ont été significativement plus nombreux à avoir modifié leurs comportements au cours de l'année précédente que

ceux qui ne présentaient pas ou moins de problèmes de santé chroniques.

Figure 8 Aînés québécois croyant qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé ou ayant déjà modifié leurs comportements selon le cumul de problèmes de santé chroniques



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître). Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

* Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 0 problème et 3 problèmes ou +.

4.7 Obstacles pour améliorer sa santé

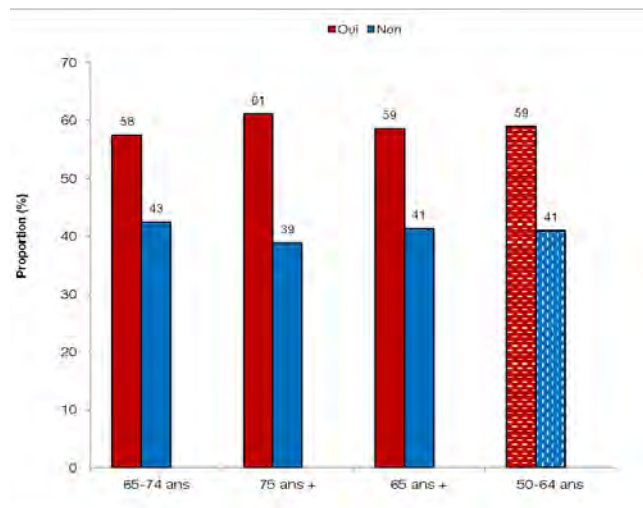
L'enquête fournit aussi des informations sur les obstacles ou empêchements que peuvent rencontrer les aînés pour améliorer leur santé. Ainsi, près de 60 % des Québécois de 65 ans et plus et aussi de 50 à 64 ans ont rapporté rencontrer un ou plus d'un obstacle comme on peut le voir à la figure 8, la rencontre d'obstacles ne varie pas significativement selon l'âge.

Le manque de volonté est le principal obstacle mentionné par les aînés de même que par les Québécois âgés entre 50 et 64 ans (tableau 2).

L'incapacité fonctionnelle ou les problèmes de santé ont été déclarés par 22 % des aînés comparativement à 9 % des personnes de 50 à 64 ans. Les personnes de 50 à 64 ans ont été proportionnellement plus nombreuses (27 %) à déclarer des horaires de travail contraignants comparativement à 6 % des aînés en majorité retraités. Concernant les autres obstacles déclarés certains ont rapporté qu'ils n'étaient pas assez en forme physiquement ou que les conditions météorologiques n'étaient pas toujours favorables. D'autres ont déclaré que leurs responsabilités familiales

les en empêchaient ou encore que cela était trop stressant ou trop coûteux.

Figure 9 Aînés québécois rencontrant des obstacles pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois de 50 à 64 ans



Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

Tableau 2 Obstacles déclarés par les aînés québécois pour améliorer leur santé et comparaison avec les Québécois âgés entre 50 et 64 ans

Principaux obstacles déclarés	65 ans +	50-64 ans
Manque de volonté	41,5	44,7
Incapacité/problème de santé	22,4 ¹	9,0
Horaire de travail	5,7 ^E	26,9
N'est pas assez en forme	5,0	2,1 ^E
Responsabilité familiale	F	3,9 ^E
Trop stressant	F	3,6 ^E
Conditions météo	3,3 ^E	3,1 ^E
Trop coûteux	2,4 ^E	3,4 ^E
Autres	14,5	14,9

Source des données : ESCC – Vieillesse en santé, 2008-2009 (Fichier Maître); Analyses statistiques : INSPQ, 2015.

^E Estimation dont le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 %; à utiliser avec prudence.

^F Estimation dont le CV est supérieur à 33,3 %, non publiée.

¹ Différence significative ($p < 0,05$) entre la catégorie 65 ans et plus et 50-64 ans.

5 Discussion

Les résultats de la présente étude indiquent qu'un peu plus du tiers des aînés québécois avaient modifié un ou des comportements pour améliorer leur santé au cours de l'année précédant l'enquête. Un nombre encore plus important croit qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé et l'activité physique est le comportement amélioré ou à améliorer qui a été le plus souvent cité.

Les résultats révèlent aussi que les Québécois de 65 ans et plus qui cumulent peu ou aucun facteur favorable à la santé sont plus nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé. Ils sont aussi plus nombreux à avoir l'intention de modifier leurs comportements et adopter de saines habitudes de vie comparativement à ceux qui présentent déjà les cinq facteurs favorables étudiés. En d'autres mots, les aînés qui avaient déjà de saines habitudes de vie ont été moins nombreux à avoir l'intention de modifier leurs comportements, probablement parce que les changements avaient été faits ou acquis depuis longtemps, ou du moins, depuis plus d'un an. Or, l'étude que nous avons récemment publiée et qui portait sur le lien entre les facteurs favorables à la santé et le cumul de problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois a démontré une baisse graduelle du risque de présenter 3 problèmes ou plus à mesure que le nombre de facteurs favorables ou les habitudes de vie saines augmentait (Blanchet *et al.*, 2015).

Plusieurs auteurs affirment que chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, l'adoption d'un mode de vie plus sain, par exemple renoncer au tabac, faire plus d'activité physique, éviter de consommer trop d'alcool ou améliorer ses habitudes alimentaires, peut accroître la longévité, réduire la récurrence d'une maladie et améliorer la qualité de vie (Newson, 2012; Aldana *et al.*, 2003; Van Spall *et al.*, 2007; Ronnevik *et al.*, 1985). Il est encourageant de constater qu'en 2008-2009, qu'un nombre relativement important d'aînés québécois croyaient ou avaient l'intention d'améliorer leur santé en modifiant leurs habitudes de vie. De plus, les aînés ayant déclaré 3 problèmes de santé chroniques ou plus ont été plus nombreux à avoir modifié positivement leurs comportements au cours de l'année précédente comparativement à ceux qui ne présentaient pas de tels problèmes.

Le groupe de Québécois âgés entre 50 et 64 ans a été présenté à titre comparatif dans ce document. Comme ces derniers font généralement partie de la population active, c'est-à-dire qui occupe un emploi, les auteurs ont jugé intéressant de décrire leurs comportements, leurs croyances et leurs intentions et de les comparer à ceux de leurs aînés, en majorité retraités. Ces comparaisons ont d'ailleurs révélé que les changements de comportement effectués au cours de l'année précédant l'enquête sont positivement associés au cumul de problèmes de santé chroniques chez les aînés mais non chez les personnes de 50 à 64 ans. En outre, plus le nombre de problèmes de santé chroniques augmente chez les aînés, plus ils sont nombreux à penser qu'il y a quelque chose à faire pour améliorer leur santé. On n'observe pas de tels liens chez les Québécois âgés entre 50 et 64 ans, même si ces derniers ont vraisemblablement moins de problèmes de santé chroniques que leurs aînés.

L'activité physique est le comportement le plus souvent déclaré parmi les modifications, les croyances ou les intentions pour améliorer sa santé, à la fois chez les Québécois âgés de 50-64 ans ou de 65 ans et plus. Haberman *et al.* (2014) ont étudié les changements de comportement en matière de santé chez les adultes canadiens en fonction de leur statut pondéral. Dans leur étude, 58 % des répondants (n= 64 035) avaient déclaré avoir fait des changements dans leur vie pour améliorer leur santé et l'activité physique était aussi au premier rang parmi les changements, suivie de l'amélioration des habitudes alimentaires, de la perte de poids, de la réduction ou la cessation de la consommation de tabac ou d'alcool.

Chez les aînés, l'activité physique est une habitude de vie qui semble davantage associée à l'autonomie, aux aptitudes physiques essentielles pour réaliser les activités quotidiennes (Blain, 2000; OMS, 2015). Les bienfaits de l'activité physique chez les personnes âgées sont multiples et concernent autant les maladies chroniques que le maintien de l'autonomie et la qualité de vie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2015) ainsi que d'autres organismes recommandent l'activité physique pour le maintien de l'endurance cardio-respiratoire, le renforcement de l'état musculaire et osseux, ce qui procure aussi un meilleur équilibre et protège les aînés des chutes, sans oublier les bienfaits sur la santé mentale (réduction de la dépression, habileté de raisonnement accrue, etc.). Selon l'Institut

national australien de recherche sur le vieillissement, un nombre important d'aînés croient qu'ils sont trop vieux pour faire de l'exercice physique et ces croyances influencent leurs actions (Australian Government, 2011). L'Institut australien mentionne également, comme d'autres l'ont fait, que pour maintenir l'adhésion des aînés à un programme d'activité physique, il est important d'avoir des techniques de motivation, de proposer un choix d'activités, d'être flexible dans les objectifs à atteindre, de proposer des programmes individualisés et les impliquer dans ces choix.

Merrill et Shields (2003) ont cherché à comprendre les motivations des aînés à adopter, par exemple, une alimentation saine. Ils ont observé que les facteurs les plus motivants chez les aînés âgés entre 70 et 79 ans étaient d'améliorer sa qualité de vie, d'augmenter sa longévité et de prévenir la maladie. Les aînés qui avaient adopté une saine alimentation étaient vraisemblablement plus enclins à choisir ce comportement à cause des bénéfices perçus pour la santé. Les personnes obèses ou celles qui avaient une moins bonne santé étaient moins engagées à modifier positivement leurs comportements alimentaires. Il en est de même pour l'activité physique. Dijkstra *et al.* (2014) ont eux aussi examiné les motivations d'Allemands âgés entre 65 et 80 ans à mieux s'alimenter. Les principales motivations déclarées ont été se sentir bien et être en santé. Les aînés qui présentaient au moins deux maladies chroniques étaient plus enclins à rapporter que leur motivation était la prévention de la maladie.

Dans la présente étude, 9 % des aînés âgés de 75 ans et plus croient qu'ils doivent perdre du poids pour améliorer leur santé. La perte de poids chez les aînés, notamment chez les plus âgés, n'est pas toujours recommandée. En effet, Lamontagne (2014) rapporte que la variation de poids, voire la perte de poids, est associée à un moins bon état de santé et à des comorbidités. En outre, le risque relatif de morbidité et de mortalité associé à un IMC se situant entre 25 et 30, donc équivalant à la catégorie de l'embonpoint, serait moindre chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes (Must *et al.*, 1999; Heiat *et al.*, 2001). À l'inverse, les personnes âgées ayant un poids insuffisant ont plus de difficulté à se remettre d'une maladie, d'une infection ou d'une hospitalisation. Selon Santé Canada (2003), un poids insuffisant chez les personnes âgées peut être un signe de fragilité ou d'un

mauvais état de santé mais aussi refléter une maladie sous-jacente non diagnostiquée (Santé Canada, 2003; Lamontagne, 2014).

Dans le cadre du premier volet du présent projet, la prévalence du tabagisme chez les aînés québécois a été estimée à 12 %, la prévalence étant plus élevée chez les 65-74 ans (15 %) que chez les 75 ans et plus (8 %) (Lasnier, 2014). Soulignons aussi que la prévalence chez les Québécois âgés entre 50 et 64 ans était de l'ordre de 25 %. Il est intéressant de constater que près de 6 % des aînés avaient déjà réduit ou cessé de fumer au cours de l'année précédente et que 6 % ont rapporté que la cessation ou la réduction du tabac représentait un comportement à améliorer pour leur santé. La cessation tabagique comporte des avantages pour la santé, que l'on soit jeune ou âgé. Lasnier (2014) rapporte que les fumeurs plus âgés présentent des taux de cessation du tabac comparables à ceux des plus jeunes. Selon Fiore *et al.* (2008), certains types d'interventions sont plus efficaces chez les aînés comme par exemple, le counseling individuel ou par téléphone, si les personnes ont des problèmes de mobilité/transport, ainsi que les programmes de soutien par un pair, les méthodes de motivation ou le matériel autodidacte.

Par ailleurs, Miller et Iris (2002) ont vérifié, au moyen de focus groupes, les attitudes et les croyances de personnes âgées par rapport à leur bien-être, leurs soins personnels et leur participation à des activités de promotion de la santé. De façon générale, la socialisation et le support social étaient des éléments très importants pour leur participation à des programmes de promotion de même que l'engagement interpersonnel. Berman et Iris (1998) ont examiné les approches d'autogestion des soins à considérer lorsque tard dans la vie. Ils ont rapporté qu'en dépit de la présence de maladies chroniques ou d'incapacités fonctionnelles, plusieurs personnes âgées désirent et sont capables de participer à des activités de promotion de la santé. Leur définition de la santé et du bien-être peut toutefois différer de celle des professionnels de la santé, et leurs objectifs pour un style de vie plus sain peuvent être liés plus étroitement au maintien de l'état de santé fonctionnelle et de la qualité de vie que d'une réduction ou de l'élimination de la maladie.

Au Québec, l'étude réalisée par Fournier et Murphy (2016) à partir des données de l'enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement révèle que l'autogestion de la maladie est importante dans la stratégie de gestion des maladies chroniques. De plus, selon le Conseil canadien de la santé, l'autogestion de la maladie réfère aux tâches qu'une personne doit effectuer pour vivre bien, avec une ou plusieurs maladies chroniques (CCS, 2012). En tant que résultat, l'autogestion désigne les comportements positifs des individus, par exemple manger sainement, faire de l'activité physique, surveiller ses symptômes, prendre ses médicaments, etc. Fournier et Murphy rapportent d'ailleurs que les composantes de programmes qui visent la modification de comportements et qui encouragent aussi l'autogestion de la maladie peuvent avoir des effets positifs, notamment sur la santé ou sur l'utilisation des services (Fournier et Murphy, 2016). Valente (2006) a quant à lui documenté les barrières qui peuvent empêcher les personnes âgées de prendre en main leur santé. Les limitations physiques comme la difficulté de marcher, l'équilibre, les problèmes de vision et la faiblesse couplés aux changements normaux associés au vieillissement font partie des obstacles. Les obstacles environnementaux comme la température extérieure ou l'environnement du lieu de résidence de même que les changements des règles ou des politiques en soins médicaux peuvent aussi limiter la prise en main de sa santé. Finalement, la peur, la dépression, l'inquiétude et même la frustration sont d'autres barrières à considérer.

Selon Dijkstra *et al.* (2014), une attention spéciale doit être portée aux groupes d'aînés de faible niveau socioéconomique. En effet, les aînés à faible revenu ou peu scolarisés qui avaient participé à leur étude étaient peu nombreux à rapporter comme motivation la prévention de la maladie alors qu'il est connu que ces groupes de personnes sont davantage atteintes de maladies chroniques. Les facteurs socioéconomiques comme la scolarité, le revenu et la structure du ménage ont une grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur des déterminants comme les habitudes de vie et autres facteurs auxquels un individu est exposé au cours de sa vie (ASPC, 2011). L'appartenance à un groupe ethnoculturel, le soutien social, ou encore les milieux de vie ont aussi été associés à des écarts de santé importants. Les résultats du volet I de notre projet

ont d'ailleurs révélé que les habitudes de vie et le poids corporel étaient fortement associés aux caractéristiques socioéconomiques des aînés québécois (Blanchet, Hamel *et al.*, 2014). La présente étude indique aussi que la modification de comportements pour améliorer sa santé est plus fréquente chez les aînés québécois qui sont davantage scolarisés de même que chez ceux qui vivent avec un conjoint ou en région métropolitaine. L'intention de modifier ses comportements pour améliorer sa santé était aussi plus fréquente chez les aînés qui sont plus scolarisés et dont les revenus sont plus élevés. Une des explications citées par Dijkstra *et al.* est qu'un plus haut niveau d'éducation permet un accès plus grand à une meilleure information en lien avec les bénéfices que peut procurer la prévention. Une autre explication possible serait que les aînés ayant des revenus élevés ont plus de liberté financière pour prendre en compte les aspects de leur santé.

Enfin, Cardinal *et al.* (2007) mentionnent que les actions à privilégier pour maintenir ou améliorer la santé des aînés doivent tenir compte de leurs besoins, leurs attentes, leurs préférences et leurs choix. En outre, bien que le vieillissement comporte des limitations et des maladies, les dimensions positives doivent être intégrées dans les activités de promotion et de prévention, quelle que soit la condition de la personne. Dans son récent rapport sur le vieillissement et la santé, l'OMS (2015a) précise que lorsqu'on élabore une intervention en santé publique relativement au vieillissement, il est important de ne pas seulement envisager des approches visant à atténuer la diminution des capacités liée à l'âge mais aussi celles qui peuvent renforcer la résilience et le développement psychosocial, dont notamment la socialisation et le support social. Cette complexité des problèmes de santé et des altérations fonctionnelles chez les aînés soulève des questions fondamentales comme : Qu'entendons-nous par la santé des personnes âgées? De quelle façon la mesurons-nous? Et comment pouvons-nous adapter les interventions et les politiques qui la promeuvent ?

6 Conclusion

L'étude épidémiologique des déterminants comportementaux pour un vieillissement en santé est essentielle à la planification de mesures efficaces de promotion de la santé et de prévention de la maladie ou des incapacités chez les personnes âgées.

Les aînés peuvent améliorer leur état de santé et leur qualité de vie en modifiant leurs habitudes de vie. Les résultats de la présente étude indiquent d'ailleurs qu'ils sont réceptifs à le faire. Les actions à proposer doivent répondre à leurs besoins, leurs limites, leurs préférences et leurs attentes.

Références

- Agence canadienne de santé publique. (2011). Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital - Document de discussion. 26 p. En ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/healthy-sante/vision/vision-bref/index-fra.php>
- Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, *et al.* (2003). Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart lung*. 32 (6) : 374-382.
- Australian Government. (2011). Individual beliefs, attitudes and behaviour dans: National physical activity recommendations for older Australians: Discussion document. The National Ageing Research Institute, Department of Health and Ageing. Australia. 5 p.
- Blain H, Vuillemin A, Blain A, Jeandel C. (2000). Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. *La presse médicale*. 29 (22): 1240-1248.
- Berman, RLH, Iris MA. (1998). Approaches to self-care in late life. *Qualitative Health Research*, 8(2), 224-237.
- Blanchet C, Hamel D, *et al.* (2014). Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec. Tome 1. Institut national de santé publique du Québec. 175 p.
- Blanchet C, Hamel D, Lamontagne P, Lasnier B, Nolin B et S Tessier. (2015). *Facteurs favorables à la santé et problèmes de santé chroniques chez les aînés québécois*. Collection Vieillissement et santé. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 20 p.
- Brug J. (2008). Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. *Fam Pract*. 25 Suppl 1: i50-5.
- Burke GL, Arnold AM, Bild DE, Cushman M, Fried LP, Newman A, Nunn C, Robbins J and CHS Collaborative Research Group. (2001). Factors associated with healthy aging: the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc*, 49(3): 254-262.
- Cardinal L, Langlois MC, Gagné D, Tourigny A. (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec. 58 p.
- Conseil canadien de la santé (CCS). 2012. Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques. Toronto. 60 p.
- Conseil Européen de l'Information sur l'Alimentation (EUFIC). (2014), Motiver le changement des comportements. Revue

EUFIC. 9 p. En ligne :

<http://www.eufic.org/article/fr/expid/Motiver-le-changement-des-comportements/>

Dijkstra SC, Neter JE, Brouwer IA, Huisman M, Visser M. (2014). Motivations to eat healthily in older Dutch adults – a cross sectional study. *International Journal of behavioral nutrition and physical activity*. 11 :141, 12 p.

Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, Longley L, Gallacher J. (2013). Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study. *PLOS One*, 8 (12): 1-7. En ligne: <http://orca.cf.ac.uk/60470/1/Elwood%20Healthy.pdf>

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC Benowitz NL, *et al.* (2008). Treating tobacco use and dependence : 2008 update. *Clinical practice guideline*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services. 276 p.

Ford ES, Bergmann MM, Kröger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. (2009). Healthy living is the best revenge. *Arch Intern Med*, 169(15): 1355-1363.

Fournier C et M Murphy. (2016). L'autogestion des maladies chroniques, l'état de santé et l'utilisation des services hospitaliers: exploration de données d'enquêtes populationnelles. Institut de la statistique du Québec. *Zoom santé*. No 55: 20 p.

Giordan A. (2010). Comment favoriser le changement de comportement? *Médecine des maladies chroniques*. 4 (4) : 467-472.

Haberman C, Brauer P, Dwyer JJ, Edwards AM. (2014). Changements de comportements en matière de santé autodéclarés chez les adultes : une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 4.1. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 34 (4) : 270-278.

Hamel D. (2014a). Aspects méthodologiques, dans *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Tome 1. Institut national de santé publique du Québec. Chapitre 1.

Hamel D et C Blanchet. (2014b). Indice cumulatif des facteurs favorables à la santé, dans *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Tome 1. Institut national de santé publique du Québec. Chapitre 7.

Haveman-Nies A, de Groot L, Staveren WA. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and aging*, 32 (4): 427-434.

Heiat, A., Vaccarino, V. et H. M. Krumholz. (2001). An evidence-based assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. *Arch Intern Med*, 161: 1194-1203.

Hoover M et M Rotermann. (2012). Le recours aux soins à domicile par les personnes âgées et les besoins insatisfaits, 2009. Dans *Rapports sur la santé*. Statistique Canada. 23 (4) : 9 p.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2013). Le bilan démographique du Québec. Gouvernement du Québec. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca>.

Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A and van Staveren WA. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA*, 292(12):1433-1439.

Lamontagne P. (2014). Statut pondéral, dans *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Tome 1. Institut national de santé publique du Québec. Chapitre 4.

Lasnier B. (2014). Tabagisme, dans *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Tome 1. Institut national de santé publique du Québec. Chapitre 5.

Leveille SG, Guralnik JM, Ferrucci L, Langlois JA. (1999). Aging Successfully until Death in Old Age: Opportunities for Increasing Active Life Expectancy. *Am J Epidemiol*, 149(7): 654-664.

Martel L, Bélanger A, Berthelot JM. (2003). Vieillir en santé : les déterminants d'un vieillissement sans perte d'autonomie chez les Canadiens âgés. *Statistique Canada*. Groupe d'analyse et de mesure de santé. 163-180.

Martel L, Bélanger A, Berthelot JM, Carrière Y. (2005). En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population – Vieillir en santé. *Statistique Canada*. Groupe d'analyse et de mesure de santé. 9 p.

Mercille G, Richard L, Gauvin L, Kestens Y, Shatenstein B, Daniel M, Payette H. (2012). Associations between residential food environment and dietary patterns in urban-dwelling older adults: results from the VoisiNuAge study. *Pub Health Nutr*, 15(11): 2026-2039.

Merrill RM, Shields EC. (2003). Understanding why adult participants at the world senior games choose a healthy diet. *Nutrition Journal*. 2 :16, 10 p.

Miller AM Iris M. (2002). Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health education and Behavior*. 29 (2) : 249-267.

Must, A., Spadano, J., Coakley, E.H., Field, A.E., Colditz, G. et W.H. Dietz (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA*, 282(16): 1523-1529.

Newman AB, Arnold AM, Naydeck BL, Fried LP, Burke GL, Enright P *et al.* (2003). Successful Aging. *Aach Intern Med*, 163: 2315-2322.

Newson JT, Huguet N, Ramage-Morin PL, McCarthy M, Bernier J, Kaplan MS, McFarland BH. (2012). Modifications des comportements influant sur la santé après le diagnostic d'une maladie chronique chez les Canadiens de 50 ans et plus. *Statistique Canada. Rapports sur la santé* 23 (4); 8 p.

Nolin B. (2014b). Indice d'activité physique de loisir et de transport : document technique – Enquête Vieillessement en santé, 2008-2009. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p. [En ligne] www.inspq.qc.ca/publications

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015a). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé – Résumé. OMS. Luxembourg. 97 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015b). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : L'activité physique des personnes âgées. OMS. Genève. Suisse. En ligne : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2014. Bien vieillir : une priorité mondiale. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/fr/>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). Promouvoir la consommation de fruits et légumes dans le monde. Genève, Suisse. En ligne: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). Obésité et surpoids. OMS. Genève. Suisse. En ligne: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>

Payette H. et B. Shatenstein (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les personnes âgées vivant dans la collectivité. *Revue canadienne de santé publique*, 96(3): S30-S35.

Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med*, 28(3): 298-304.

Ramage-Morin PL, Shields M, Martel L. (2010). Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de vie. Composante des Rapports sur la santé. Santé Canada. Gouvernement du Canada. 21(3): 1-10.

Ronnevik PK, Gundersen T, Abrahamsen AM. (1985). Effect of smoking habits and timolol treatment on mortality and reinfarction in patients with acute myocardial infarction. *Am Heart Journal*. 54 (2): 134-139.

Santé Canada. (2003). Les lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Gouvernement du Canada, 43 p.

Shields M et L Martel. (2006). Des aînés en bonne santé. Statistique Canada. Supplément aux Rapports sur la santé. Ottawa. Catalogue no 82-003. 16: 7-21.

Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. (2013). The Prevalence of Disease Clusters in Older Adults with Multiple Chronic Diseases – A Systematic Literature Review. Published online 8(11): e79641.

Statistique Canada. (2010). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2008-2009, Vieillessement en santé. Gouvernement du Canada. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca>.

Tourigny A. (2013). Vieillessement en santé et responsabilité populationnelle : les apports possibles de la santé publique. Conférence scientifique en santé publique de la Capitale-Nationale. Québec.

Valente, J.S. (2006). The role of self-directed learning in older adults' care. P. 415-420. En ligne : <http://www.adulterc.org/proceedings/2006/proceedings/valente.pdf>

Van Spall HG, Chong A, Tu JV. (2007). Impatient smoking-cessation counseling and all-cause mortality in patients with acute myocardial infarction. *American Health Journal*. 154 (2): 213-220.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca