

Un défi pour nos interventions de promotion de la santé : mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité

ÉTAT DES CONNAISSANCES

AVRIL 2023

SYNTHÈSE RAPIDE DES CONNAISSANCES

AUTEUR

Mathieu-Joël Gervais, conseiller scientifique spécialisé
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATION

Annie Gauthier, conseillère scientifique spécialisée
Mathieu Maltais, conseiller scientifique spécialisé
André Tourigny, médecin-conseil
Patrick Morency, médecin-transversal
Direction du développement des individus et des communautés

Véronic Fortin, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et de la qualité

RÉVISION

Lise Cardinal, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Aurélie Maurice, Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Unité scientifique Milieux de vie inclusifs, sains et sécuritaires

Val Morrison, conseillère scientifique spécialisée
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Cette publication a bénéficié du soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui y ont contribué par leurs commentaires, leurs suggestions et leur soutien sur le plan scientifique et administratif.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

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 – 1^{er} trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-96685-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités régionales de santé publique, ainsi que les établissements locaux, régionaux et nationaux dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

Cette synthèse rapide des connaissances s'inscrit dans le cadre de la mesure 32 du second plan d'action de la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Viellir et vivre ensemble*, intitulé *Plan d'action 2018-2023 Un Québec pour tous les âges*, touchant la santé cognitive des personnes âgées. Le projet se développe en collaboration avec les Directions de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) d'Abitibi-Témiscamingue et du Bas-Saint-Laurent, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie–Centre-du-Québec et des CISSS de la Montérégie.

La présente synthèse rapide fait suite à un besoin de connaissances concernant les stratégies permettant de moduler les interventions de promotion de la santé mises en œuvre, afin qu'elles parviennent à rejoindre une plus grande part de la population, et non seulement les mieux nantis. Le document a été conçu afin d'outiller les acteurs de santé publique ainsi que leurs partenaires et collaborateurs afin de rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité lors de leurs interventions.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES CLÉS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 Le rôle des interventions de promotion de la santé	6
2 OBJECTIFS DE LA SYNTHÈSE RAPIDE	8
3 MÉTHODOLOGIE	9
3.1 Recherche documentaire dans les écrits scientifiques.....	9
3.2 Approche d'analyse utilisée.....	10
4 RÉSULTATS	11
4.1 Le contexte des personnes âgées en situation de vulnérabilité : les principales barrières rencontrées par les professionnels.....	13
4.1.1 Barrières liées à l'accès aux activités offertes.....	13
4.1.2 Barrières liées à la confiance envers le système de santé et expériences antérieures.....	15
4.1.3 Barrières liées à la pertinence perçue des interventions	16
4.2 Mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité : principales stratégies rapportées	17
4.2.1 Utiliser des stratégies de communication adaptées	17
4.2.2 Assurer une formation adéquate et une flexibilité des rôles chez les responsables de la mise en œuvre des interventions.....	19
4.2.3 Concevoir les interventions de promotion de la santé selon une approche holistique.....	21
4.2.4 Choisir stratégiquement les lieux de mise en œuvre des interventions.....	22
4.3 Des conditions organisationnelles et structurelles en soutien aux stratégies permettant de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité.....	24
4.3.1 L'efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle	24
4.3.2 L'accès à des ressources suffisantes	26
4.3.3 Un environnement politique favorable	26
5 DISCUSSION	28
5.1 Forces et limites	29

6	CONCLUSION.....	30
7	RÉFÉRENCES.....	31
ANNEXE 1	STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES	36
ANNEXE 2	DÉTAIL DU PROCESSUS DE SÉLECTION DES ARTICLES RETENUS POUR L'ANALYSE.....	40

MESSAGES CLÉS

Certaines caractéristiques sociales et démographiques représentent des facteurs d'augmentation du risque de situation de vulnérabilité, tels un faible statut économique, l'appartenance à un groupe racisé, l'appartenance à une minorité sexuelle ou de genre, l'éloignement géographique, l'isolement social, le faible accès aux canaux de communications usuels, la présence d'incapacités ou de handicaps. Cette synthèse rapide vise deux objectifs : 1) mieux comprendre les différentes barrières auxquelles font face les professionnels responsables de programmes de promotion de la santé voulant rejoindre les personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité; 2) identifier des stratégies pour contourner ces barrières.

L'analyse des articles recensés montre que des éléments contextuels peuvent représenter des barrières pour les personnes âgées elles-mêmes, limitant leur accès aux activités de promotion de la santé offertes, ou pour les professionnels voulant rejoindre directement ces personnes. Ces éléments peuvent se regrouper selon trois grandes catégories de barrières, soit les barrières liées à l'accès aux activités offertes, liées à la confiance envers le système de santé ou encore liées à la pertinence perçue des interventions de promotion de la santé mises en œuvre. Quatre types de stratégies permettant de contourner ces barrières – et par le fait même de tenter de mieux rejoindre ces personnes via les interventions de promotion de la santé – peuvent être mises en place :

- Utiliser des stratégies de communication adaptées;
- Assurer une formation adéquate et une flexibilité des rôles chez les responsables de la mise en œuvre des interventions;
- Concevoir les interventions de promotion de la santé selon une approche holistique;
- Choisir stratégiquement les lieux de mise en œuvre des interventions.

Trois conditions organisationnelles et structurelles sont également ressorties comme facilitant la mise en œuvre de ces stratégies :

- L'efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle;
- L'accès à du temps et à des ressources suffisantes;
- Un environnement politique favorable.

La présente synthèse doit être vue comme une première réflexion sur les différentes barrières pouvant être contournées dans l'optique d'améliorer l'état de santé des personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité par des interventions individuelles ou communautaires.

SOMMAIRE

En 2022 au Canada, on compte 39 % de personnes âgées de 50 ans ou plus, et parmi elles 7,3 millions (19 %) de personnes âgées de 65 ans ou plus. Bien que l'espérance de vie, y compris l'espérance de vie en bonne santé, ait atteint des niveaux sans précédent, des inégalités persistent en matière de santé au sein de la population âgée au Canada. Certaines caractéristiques sociales et démographiques représentent des facteurs qui augmentent le risque de situation de vulnérabilité, tels qu'un faible statut économique, l'appartenance à un groupe racisé, l'appartenance à une minorité sexuelle ou de genre, l'éloignement géographique, l'isolement social, le faible accès aux canaux de communications usuels, la présence d'incapacités ou de handicaps.

Les interventions de promotion de la santé visant à aider les personnes âgées à développer et à maintenir leurs fonctions physiques et cognitives peuvent réduire les risques de maladie et de perte d'autonomie. Adopter des stratégies efficaces permettant de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité apparaît particulièrement important considérant que ces personnes sont les plus à même de bénéficier des interventions de promotion de la santé. Ces considérations s'avèrent d'autant plus pertinentes que les inégalités peuvent nuire à l'accès aux interventions de promotion de la santé destinées à favoriser l'autonomie et le bien-être à un âge avancé.

Le document a été conçu afin d'informer les acteurs de santé publique, ainsi que leurs partenaires et collaborateurs, sur les façons de rejoindre, lors de leurs interventions, les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Plus spécifiquement, deux objectifs sont poursuivis : 1) mieux comprendre les différentes barrières auxquelles font face les professionnels responsables de programmes de promotion de la santé voulant rejoindre les personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité; 2) identifier des stratégies pour contourner ces barrières.

Méthode utilisée

Une synthèse rapide des écrits scientifiques a été réalisée en suivant une démarche systématisée. La recherche documentaire a mobilisé le repérage d'articles scientifiques dans les grandes bases de données bibliographiques reconnues en santé publique. Afin d'être retenus, les articles devaient répondre aux quatre critères d'inclusion suivants :

1. Porter sur une intervention de promotion de la santé centrée sur les changements individuels ou communautaires visant à rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité;
2. Décrire les éléments caractérisant les contextes au sein desquels se trouvent les personnes âgées en situation de vulnérabilité;
3. Expliquer la manière dont ces éléments contextuels vécus par les personnes âgées (et rapportés par elles ou par les professionnels) peuvent représenter des barrières pour les professionnels voulant mieux les rejoindre;

4. Nommer les stratégies utilisées afin de contourner ces barrières.

La recherche documentaire a permis d'identifier huit interventions de promotion de la santé pour lesquelles des stratégies ont été déployées afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. L'étude de cas multiple a été utilisée afin de guider l'analyse des interventions retenues. Cette technique a permis une systématisation de l'extraction des données, ainsi qu'une présentation comparative des données pour établir des constats relatifs à chacun des objectifs.

Principaux résultats

- Des éléments contextuels peuvent représenter des barrières pour les personnes âgées elles-mêmes, limitant leur accès aux activités de promotion de la santé offertes, ou pour les professionnels voulant rejoindre directement ces personnes. Des barrières relatives à l'accès à l'information et aux services de santé offerts, relevant de la méfiance ou encore du scepticisme envers la crédibilité des acteurs de santé, ainsi que des barrières liées à l'écart perçu entre les services offerts et les besoins ressentis, peuvent expliquer la difficulté des professionnels à rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité.
- Les professionnels jouent un rôle central dans la prise en compte de vulnérabilités multiples auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées en situation de vulnérabilité. L'adoption de stratégies de communication adaptées, la flexibilité des rôles professionnels, l'utilisation d'une approche holistique et le choix stratégique des lieux de mise en œuvre des interventions ressortent comme des stratégies efficaces pour tenir compte des caractéristiques et des besoins spécifiques de cette population.
- L'adoption d'une perspective intersectorielle, la disponibilité des ressources, ainsi que la présence d'un environnement politique favorable représentent des éléments contextuels nécessaires au développement, à l'implantation et au déploiement d'interventions permettant de rejoindre efficacement les personnes âgées en situation de vulnérabilité.

Discussion

Afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité, il apparaît important de faire un « pas supplémentaire » en adaptant certaines composantes des interventions de promotion de la santé pour qu'elles tiennent compte du contexte au sein duquel évoluent ces personnes. Sans connaissance préalable des besoins des populations ciblées, il apparaît néanmoins difficile de savoir quels types d'adaptations seront nécessaires à cette fin. Ce type de connaissances ne peut être obtenu que par l'utilisation d'approches participatives, qui incluent des membres des populations en situation de vulnérabilité dans le développement et le déploiement des interventions. En adoptant cette posture, les professionnels seront beaucoup plus à même de concevoir et de mettre en œuvre des interventions capables de s'intégrer aux contextes de vie des personnes âgées auprès desquelles ils interviennent. Cette disposition des professionnels à comprendre et accueillir les personnes semble être une pierre angulaire lorsqu'il est question de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité par nos interventions de promotion de la santé.

Conclusion et limites de la synthèse rapide

Le corpus d'articles retenus a permis de répertorier différentes stratégies d'intérêt pour mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. La présente synthèse ne doit donc pas être comprise comme une analyse approfondie ou exhaustive de la littérature scientifique entourant la problématique des vulnérabilités chez les personnes âgées, de leur ampleur, des modalités, de leurs causes, ou de leurs conséquences.

Par ailleurs, dans le cadre de cette synthèse de connaissances, l'analyse des autres composantes des interventions, comme les ressources requises ou des possibles biais de sélection, n'était pas considérée. De plus, seules les interventions individuelles ou communautaires sont couvertes. Ces interventions exigent un rôle actif et une mobilisation des personnes en situation de vulnérabilité pour effectuer le changement souhaité. D'autres types d'intervention gagneraient à être considérés. En outre, les actions pour influencer les politiques économiques et macrosociales sont cruciales pour agir sur les inégalités structurelles et les conditions préjudiciables à la santé des personnes âgées.

1 INTRODUCTION

Le Canada connaît d'importants changements démographiques. En 2022, on y compte 39 % de personnes âgées de 50 ans ou plus, et parmi elles 7,3 millions (19 %) de personnes âgées de 65 ans ou plus¹. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec, le quart des Québécois seront âgés de 65 ans ou plus en 2031 et près du tiers, en 2061 (Gouvernement du Québec, 2018). Derrière ces chiffres, se cache néanmoins une grande diversité de trajectoires de vie, de conditions de vie, de niveau d'autonomie, etc. Certaines caractéristiques sociales et démographiques représentent des facteurs qui augmentent le risque de vivre en situation de vulnérabilité² (Cardinal *et al.*, 2008). Parmi ces facteurs, mentionnons : un faible statut économique, l'appartenance à un groupe racisé, l'appartenance à une minorité sexuelle ou de genre, l'éloignement géographique, l'isolement social, le faible accès aux canaux de communications usuels ou encore la présence d'incapacités (Cardinal *et al.*, 2008; Freimuth et Mettger, 1990; Iliffe *et al.*, 2017; Léon *et al.*, 2017).

Or, nous savons désormais que les personnes âgées en situation de vulnérabilité sont disproportionnellement touchées par des problèmes de santé (Channer *et al.*, 2020; Edwards, 2021; Frohlich et Potvin, 2008). À titre d'exemple, des études effectuées au Canada (Haq et Penning, 2020), mais aussi ailleurs dans le monde (Deng et Liu, 2021; Pongiglione *et al.*, 2015; Stefler *et al.*, 2021; Zaninotto *et al.*, 2020), montrent que les personnes âgées ayant un faible revenu et un niveau d'éducation moindre sont disproportionnellement touchées par des problèmes de santé physique, mentale et cognitive. De la même façon, Bonner et ses collègues (Bonner *et al.*, 2017) ont constaté que les personnes âgées au Canada qui se situent dans la tranche de revenu la plus élevée étaient cinq fois plus susceptibles de déclarer une meilleure santé que les personnes âgées se situant dans la tranche de revenu la plus faible. Les conséquences sanitaires des inégalités sont d'autant plus problématiques considérant qu'une partie importante des personnes âgées ont des revenus très proches du seuil de pauvreté³ : en 2016, 35 % des personnes âgées de plus de 65 ans déclaraient avoir un revenu annuel de moins de 20 000 \$, alors que 25 % déclaraient des revenus annuels de 20 000 \$ à 30 000 \$ (Gouvernement du Québec, 2018). Finalement, selon l'Enquête auprès des peuples autochtones (Cloutier et Langlet, 2014), environ le tiers (32,5 %) des Autochtones de 65 ans et plus ont évalué leur état de santé comme « excellent » ou « très bon » comparativement à 43,6 % de leurs homologues non autochtones. Cette enquête révèle également que les Autochtones âgés de 55 ans et plus présentent des problèmes de santé chroniques plus tôt dans la vie, lorsqu'on les compare à l'ensemble des autres Canadiens du même âge.

¹ Statistiques Canada (2022). <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1710000501>

² Le terme « situation de vulnérabilité » est employé dans cette synthèse rapide puisque la vulnérabilité d'une personne peut varier selon la présence ou non de certains facteurs. Ce terme permet, ainsi, de rendre compte à la fois de l'hétérogénéité entre les différentes personnes âgées, mais également des changements pouvant être vécus au cours du parcours de vie d'une même personne.

³ En 2016, le seuil du faible revenu selon la Mesure de faible revenu (MFR) pour une personne seule était de 20 292 \$ annuellement ou par année.

Les disparités dans la vieillesse auxquelles font face les personnes en situation de vulnérabilité reflètent des désavantages cumulés au cours de leur vie, qui découlent par exemple de facteurs tels que leur genre, leur statut socio-économique, leur appartenance à un groupe racisé, ou encore la présence d'incapacités (Channer *et al.*, 2020; Frohlich et Potvin, 2008). Plus important encore, ces désavantages tendent à s'additionner, voire à se potentialiser (à se multiplier et à agir en synergie), créant par le fait même des sous-groupes particulièrement vulnérables sur le plan de la santé (Mantoura et Morrison, 2016). Par conséquent, les populations qui se retrouvent à l'intersection de différents sous-groupes de la population, telles que les personnes à faible revenu et celles ayant un statut de minorité raciale peuvent faire face à un risque double ou triple d'inégalités en matière de santé à un âge avancé (Edwards *et al.*, 2021). Compte tenu de la diversité croissante actuellement observée au Canada, il est important de considérer les défis auxquels peuvent être confrontés ces sous-groupes de la population tout au long de leur vie. Ces considérations s'avèrent d'autant plus pertinentes que les inégalités peuvent nuire à l'accès aux interventions de promotion de la santé destinées à favoriser l'autonomie et le bien-être à un âge avancé.

1.1 Le rôle des interventions de promotion de la santé

Les interventions de promotion de la santé visant à aider les personnes âgées à développer et à maintenir leurs fonctions physiques et cognitives peuvent réduire les risques de maladie et de perte d'autonomie (Aubé, 2017). Différents objectifs peuvent être poursuivis lors de la mise en œuvre des approches de prévention et promotion de la santé pour les personnes âgées (Richard *et al.*, 2013) et plus spécifiquement dans une optique de réduire les inégalités de santé (Mantoura et Morrison, 2016). En voici trois :

- Interventions centrées sur les changements individuels. Ces interventions visent à renforcer, soutenir et éduquer les personnes les plus vulnérables pour les aider à modifier leurs comportements en matière de santé et pour les responsabiliser. Ces stratégies individuelles empruntent le plus souvent la forme de programmes d'amélioration des compétences/connaissances ou de modification des attitudes de l'individu. Des groupes de discussion entre personnes âgées ou des clubs d'exercices sont des exemples d'activités découlant de ce type de stratégie. Certaines interventions peuvent également consister à susciter une modification de l'environnement interpersonnel pour qu'il soit en mesure d'exercer une influence favorable sur la santé des personnes âgées, telles que des sessions d'information ou de formation offertes aux proches aidants.
- Interventions centrées sur les changements communautaires. Ces interventions visent le développement des communautés en agissant sur des facteurs relevant de la cohésion sociale, de l'autonomisation, ou encore de la participation sociale. Il peut s'agir par exemple d'intervention visant la mobilisation de la communauté autour d'un enjeu de santé concernant les personnes âgées, d'augmenter l'accessibilité de certains services pour les personnes âgées dans la communauté, ou encore de modifier les normes sociales relatives au vieillissement.

- Interventions centrées sur les changements politiques. Ces interventions se fondent sur l'a priori que les inégalités sociales de santé découlent des macropolitiques (c'est-à-dire des déterminants structurels et l'organisation économique de la société). Il s'agit donc d'influer sur les processus politiques, la formulation de lois et de politiques publiques, ce qui implique des activités telles que le breffage des autorités gouvernementales, la participation aux consultations publiques ou encore des plaidoyers auprès des pouvoirs politiques.

Les personnes qui se retrouvent dans différentes situations de plus grande vulnérabilité auraient, en général, un accès plus limité aux services de santé, incluant les services préventifs. La littérature scientifique semble aussi démontrer que les personnes âgées en situation de vulnérabilité s'engagent moins dans des comportements qui représentent des bénéfices potentiels pour la santé (Liljas *et al.*, 2017), en plus d'avoir un manque d'accès aux soins de santé préventifs et à des services de soutien spécialisés en réponse à leurs besoins particuliers (Kobayashi et Khan, 2021; Loppie, 2021). Par conséquent, ces personnes ont tendance à être moins rejointes par les interventions en promotion de la santé mises en œuvre, et ce, même par celles qui les visent directement (Frohlich et Potvin, 2008; Froonjian et Garnett, 2013; Liljas *et al.*, 2017; Raphael, 2017). Il est d'ailleurs reconnu que les interventions en promotion de la santé, en particulier celles misant sur une approche individuelle ou communautaire, sont moins efficaces pour rejoindre certains groupes davantage touchés par les inégalités sociales. Au contraire, les personnes ayant le plus de ressources à leur disposition pour s'adapter à de nouvelles situations seront plus à même de tirer le maximum de bénéfices de ce type d'intervention (Frohlich et Potvin, 2008; Raphael, 2017).

Cependant, pour améliorer la santé de l'ensemble de la population, adopter des stratégies efficaces permettant de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité apparaît particulièrement important (Livingston *et al.*, 2020; World Health Organization, 2015). Un des défis réside dans la capacité des interventions de promotion de la santé à rejoindre ces sous-groupes de la population, et ce, particulièrement lors d'interventions de promotion centrées sur les changements individuels ou communautaires (Frohlich et Potvin, 2008; Livingston *et al.*, 2020; World Health Organization, 2015). À ce titre, l'Organisation mondiale de la Santé souligne l'importance que l'élaboration des politiques de santé et de bien-être pour un vieillissement en santé intègre la prise en compte des inégalités sociales de santé (World Health Organization, 2015).

2 OBJECTIFS DE LA SYNTHÈSE RAPIDE

Le document a été conçu pour soutenir les acteurs de santé publique œuvrant en promotion de la santé voulant adopter des stratégies efficaces afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité lors de leurs interventions⁴. Plus spécifiquement, deux objectifs sont poursuivis : 1) mieux comprendre les différentes barrières auxquelles font face les professionnels responsables de programmes de promotion de la santé voulant rejoindre les personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité; 2) identifier des stratégies pour contourner ces barrières. La présente synthèse doit être vue comme une première piste de réflexion sur différentes barrières pouvant être contournées dans l'optique d'améliorer l'état de santé des personnes âgées en situation de vulnérabilité par des interventions individuelles ou communautaires.

⁴ La présente synthèse ne doit donc pas être comprise comme une analyse approfondie ou exhaustive de la littérature scientifique entourant la problématique des vulnérabilités chez les personnes âgées, de leur ampleur, des modalités, de leurs causes, ou de leurs conséquences.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Recherche documentaire dans les écrits scientifiques

Une recherche documentaire portant sur les stratégies à adopter afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité lors de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé a été effectuée. Au total, sept bases de données ont été interrogées (MEDLINE, APA PsycInfo, AgeLine, Health Policy Reference Center, Public Affairs Index, SocINDEX with Full Text, Érudit). L'annexe 1 présente le détail de la recherche documentaire effectuée. Cette première étape a permis d'identifier 1347 documents après l'exclusion des doublons. La sélection des articles a fait l'objet d'un processus comprenant trois étapes : le repérage, l'évaluation et l'inclusion (voir annexe 2 pour le détail du processus de sélection). Un accord interjuges était requis pour la sélection d'articles devant faire l'objet d'une lecture complète. Deux des auteurs de la présente publication ont effectué un repérage initial sur la base d'une lecture rapide des titres et des résumés selon les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

1. Publications portant sur des interventions de promotion de la santé centrées sur les changements individuels ou communautaires visant à rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Afin d'être retenue, la publication devait respecter les trois critères suivants : a) décrire les éléments caractérisant les contextes au sein desquels se trouvent les personnes âgées en situation de vulnérabilité; b) expliquer la manière dont ces éléments contextuels vécus par les personnes âgées (et rapportés par elles ou par les professionnels) peuvent représenter des barrières pour les professionnels voulant mieux les rejoindre; c) nommer les stratégies utilisées afin de contourner ces barrières;
2. Publications ayant une date de parution ultérieure, soit de 2010 à 2023⁵.

Critères d'exclusion :

1. Publications rédigées dans une autre langue que l'anglais ou le français;
2. Publications ne provenant pas d'un pays membre de l'OCDE;
3. Éditoriaux, protocoles de recherche, thèses, actes de colloques ou conférences.

Par la suite, l'étape de l'évaluation a été faite par trois membres de l'équipe de projet, basée sur les critères d'inclusion et d'exclusion. Pour chaque publication initialement incluse, l'évaluation des trois membres de l'équipe a été comparée et les écarts observés ont fait l'objet d'une discussion dans le but d'obtenir une liste de publications dédiées à une lecture complète. À cette étape, 44 publications ont été retenues. Après la lecture complète et l'analyse des 44 publications retenues, 33 d'entre elles ont été exclues puisque, a) elles ne permettaient pas

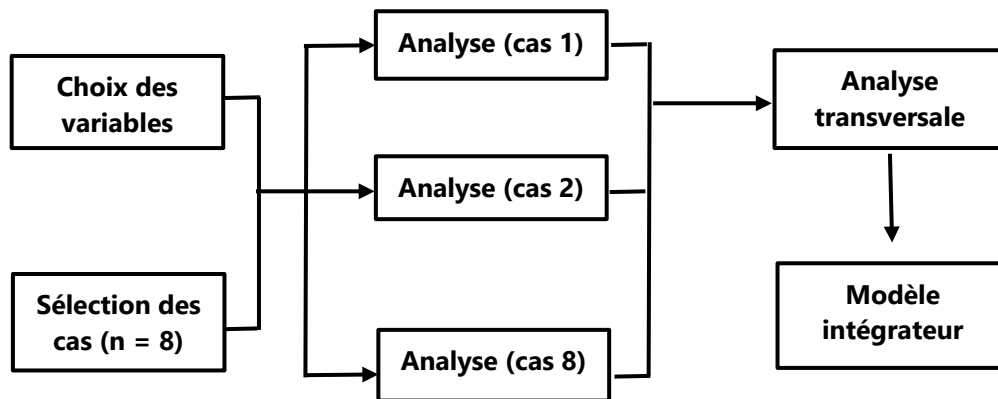
⁵ Ce critère relève d'enjeux de faisabilité relatifs au calendrier de travail.

de comprendre clairement les stratégies ayant été utilisées pour mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité (n = 8); b) elles n'expliquaient pas clairement comment ces stratégies agissent – leur(s) mécanisme(s) d'influence – pour mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité (n = 25). Finalement, 11 articles ont été retenus. À la suite d'une première lecture complète des 11 articles retenus, il a été constaté que certains articles portaient sur l'évaluation d'une même intervention de promotion de la santé; ceux-ci ont été mis en commun. Les onze articles ont donc permis de décrire huit interventions de promotion de la santé pour lesquelles des stratégies ont été déployées afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité.

3.2 Approche d'analyse utilisée

L'étude de cas multiple a été utilisée afin de guider l'analyse des articles retenus pour la synthèse des connaissances. Cette technique permet de proposer un modèle explicatif à partir de l'analyse de plusieurs études de cas (analyse de cas multiple, Yin, 2014). Plus spécifiquement, chacune de ces huit interventions recensées a été considérée comme une étude de cas.

Figure 1 Analyse transversale ayant mené au modèle intégrateur inclus au rapport



Adapté de Yin (2014), p. 57.

Les cas ont d'abord été analysés séparément en fonction des variables d'intérêts en lien avec les objectifs de la synthèse des connaissances soit 1) les différentes barrières auxquelles font face les professionnels voulant rejoindre les personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité; 2) les stratégies utilisées par ces professionnels pour contourner ces barrières. Un second niveau d'analyse (transversale) a consisté à une comparaison des résultats obtenus pour chacun des huit cas. L'analyse transversale a permis de s'assurer de la cohérence et de la généralisation des résultats par-delà des différences spécifiques à chacun des cas retenus. Au final, un modèle intégrateur a permis d'illustrer les barrières rencontrées par les professionnels responsables des interventions de promotion de la santé et les stratégies pour contourner ces différentes barrières pour rejoindre les personnes âgées vivant en situation de vulnérabilité.

4 RÉSULTATS

L'analyse des huit interventions a permis de réfléchir à différentes stratégies pouvant être adoptées afin de mieux rejoindre les personnes âgées vivant en situation de vulnérabilité. Le tableau 1 présente une description sommaire de chacune des huit interventions ayant été analysées dans le cadre de la présente synthèse rapide des connaissances.

Tableau 1 Description sommaire des interventions en promotion de la santé analysées

Auteurs, pays	Objectifs visés par l'intervention	Barrières rencontrées lors de la mise en œuvre de l'intervention	Stratégies adoptées par les professionnels
Agarwal et Brydges, 2018; Brydges <i>et al.</i> , 2016 Toronto (Canada)	Promotion des saines habitudes de vie et prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (informationnelle, linguistique et culturelle, bureaucratique) • Confiance envers les professionnels (expériences antérieures négatives, scepticisme envers le système de santé, préjugés négatifs de l'entourage envers le système de santé) • Pertinence perçue des interventions de promotion de la santé (fatalisme et sentiment d'impuissance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de communication (utilisation d'un langage inclusif et non stigmatisant, communication face-à-face) • Formation et flexibilité des rôles des professionnels • Utilisation d'une approche holistique (personnalisation de l'intervention en réponse aux besoins individuels)
Cheadle <i>et al.</i> , 2010; Cheadle <i>et al.</i> , 2010a Seattle (États-Unis)	Promotion d'un mode de vie physiquement actif	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (géographique) • Pertinence perçue des interventions de promotion de la santé (faible priorité perçue par rapport aux autres besoins – se loger, se nourrir, travailler, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de communication (démonstration des bénéfices multiples de l'activité physique) • Efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle
Diallo <i>et al.</i> , 2020 Virginie (États-Unis)	Promotion des saines habitudes alimentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (géographique) • Confiance envers les professionnels (préjugés négatifs de l'entourage envers le système de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix du lieu d'intervention (accessibilité, convivialité) • Utilisation d'une approche holistique (personnalisation de l'intervention en réponse aux besoins individuels)
Kristiansen <i>et al.</i> , 2021; Srivarathan <i>et al.</i> , 2019 Copenhague (Danemark)	Promotion de la santé et prévention du déclin des capacités fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (informationnelle, linguistique et culturelle, bureaucratique) • Confiance envers les professionnels (expériences antérieures négatives, scepticisme envers le système de santé, préjugés négatifs de l'entourage envers le système de santé) • Pertinence perçue des interventions de promotion de la santé (faible priorité perçue par rapport aux autres besoins – se loger, se nourrir, travailler, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de communication (utilisation d'un langage inclusif et non stigmatisant, simplicité des messages utilisés) • Formation et flexibilité des rôles des professionnels • Utilisation d'une approche holistique (personnalisation de l'intervention en réponse aux besoins individuels) • Choix du lieu d'intervention (accessibilité, convivialité)

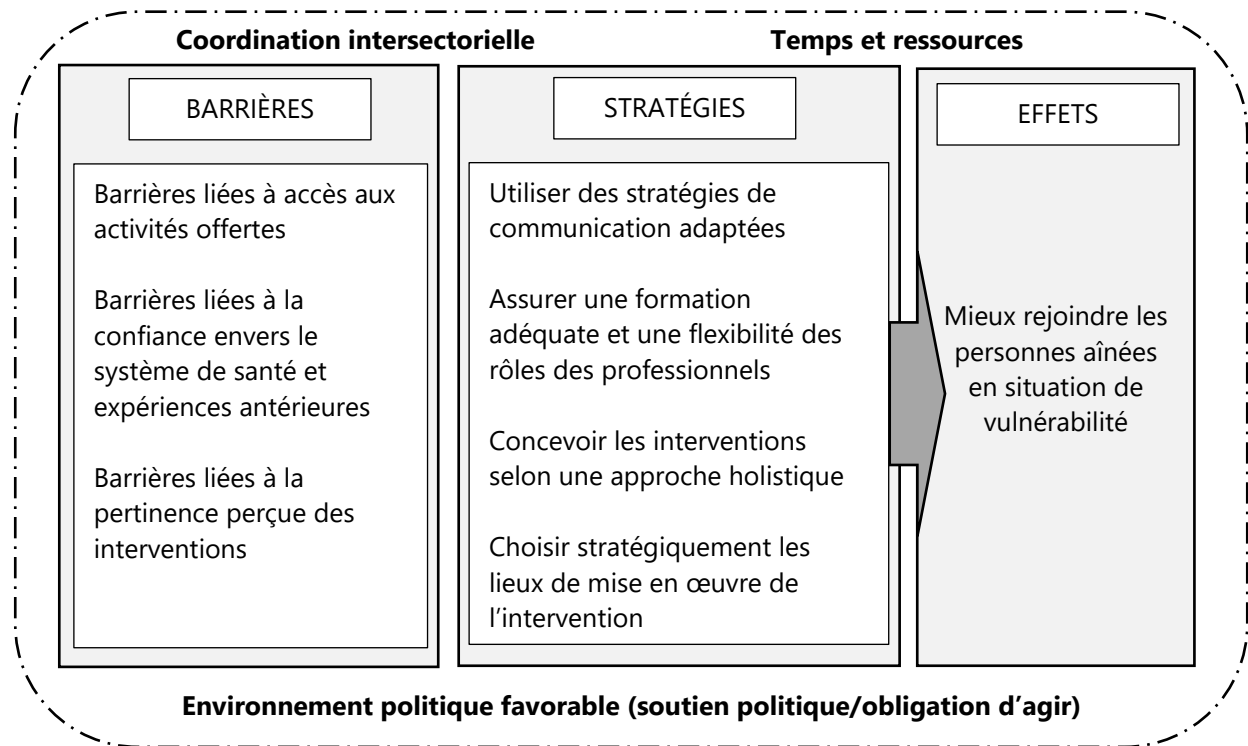
Tableau 1 Description sommaire des interventions en promotion de la santé analysées (suite)

Auteurs, pays	Thématiques abordées par l'intervention	Barrières rencontrées lors de la mise en œuvre de l'intervention	Stratégies adoptées par les professionnels
Liljas <i>et al.</i> , 2019 Londres (Angleterre)	Promotion de la santé et prévention des infections	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance envers les professionnels (expériences antérieures négatives, scepticisme envers le système de santé, préjugés négatifs de l'entourage envers le système de santé) • Pertinence perçue des interventions de promotion de la santé (fatalisme et sentiment d'impuissance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et flexibilité des rôles des professionnels • Utilisation d'une approche holistique (personnalisation de l'intervention en réponse aux besoins individuels) • Efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle
Manson <i>et al.</i> , 2017 Toronto (Canada)	Promotion de l'activité physique via une activité de Tai Chi d'une durée de 16 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (géographique, linguistique et culturelle) • Confiance envers les professionnels (expériences antérieures négatives) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de communication (utilisation d'un langage inclusif et non stigmatisant)
Nau <i>et al.</i> , 2019 Melbourne (Australie)	Promotion de l'activité physique via différents programmes d'activités physiques offerts en milieu communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (informationnelle, linguistique et culturelle, bureaucratique) • Confiance envers les professionnels (expériences antérieures négatives) • Pertinence perçue des interventions de promotion de la santé (faible priorité perçue par rapport aux autres besoins – se loger, se nourrir, travailler, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de communication (utilisation d'un langage inclusif et non stigmatisant, utilisation de plusieurs langues, démonstration des bénéfices multiples de l'activité physique) • Choix du lieu d'intervention (accessibilité, convivialité)
Saito <i>et al.</i> , 2019 Taketojo (Japon)	Promotion des saines habitudes de vie et de la participation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité (informationnelle, géographique, financière) • Pertinence perçue des interventions de promotion de la santé (faible priorité perçue par rapport aux autres besoins – se loger, se nourrir, travailler, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et flexibilité des rôles des professionnels • Choix du lieu d'intervention (accessibilité, convivialité) • Appui sur un environnement politique favorable

Dans les pages qui suivent, seront d'abord décrits différents éléments caractérisant les contextes dans lesquels vivent les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Plus spécifiquement, ces éléments peuvent se regrouper selon trois grandes catégories de barrières, soit les barrières liées à l'accès aux activités offertes, liées à la confiance envers le système de santé ou encore liées à la pertinence perçue des interventions de promotion de la santé mises en œuvre. Quatre types de stratégies permettant de contourner ces barrières – et par le fait même de tenter de mieux rejoindre ces personnes via les interventions de promotion de la santé – sont ensuite illustrées. Finalement, trois conditions organisationnelles et structurelles facilitant la mise en œuvre de ces stratégies sont présentées. Des encadrés sont également présents tout au long de cette section. Ceux-ci ont comme objectif d'illustrer chacun des éléments à l'aide d'exemples concrets tirés des huit interventions analysées.

La figure 2 illustre l'ensemble des éléments étant ressortis comme les plus importants, de par leur caractère récurrent dans plusieurs des études retenues.

Figure 2 Mieux rejoindre les personnes âgées vivant en situation de vulnérabilité :
Barrières rencontrées par les professionnels responsables des interventions de
promotion de la santé et stratégies pour contourner ces différentes barrières



4.1 Le contexte des personnes âgées en situation de vulnérabilité : les principales barrières rencontrées par les professionnels

4.1.1 Barrières liées à l'accès aux activités offertes

Le manque d'accès à l'information et aux activités de promotion de la santé offertes représente une première barrière à contourner lorsqu'il est question de rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Il peut s'avérer plus difficile de rejoindre ces personnes via les canaux de communication grand public habituellement utilisés (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019), parce que ceux-ci sont moins à leur portée (p. ex. : fracture numérique) et parce qu'elles fréquentent moins les lieux de participation sociale par lesquels transitent ces informations (p. ex. : organismes communautaires). Des barrières linguistiques et un faible niveau d'alphabétisation peuvent également entraver la compréhension des messages de promotion de la santé (Manson *et al.*, 2017; Nau *et al.*, 2019). Se superposent parfois à ces barrières, des difficultés d'accessibilité d'ordre physique. Même si elles désirent s'inscrire à des activités qu'elles jugent bonnes pour leur santé, les personnes

âînées en situation de vulnérabilité peuvent ne pas avoir la capacité de s'y rendre par manque d'accès à un moyen de transport adapté à leur situation (Cheadle *et al.*, 2010; Cheadle *et al.*, 2010a; Diallo *et al.*, 2020; Manson *et al.*, 2017; Saito *et al.*, 2019). Mentionnons que les personnes âînées sont davantage touchées que le reste de la population par certaines incapacités pouvant limiter la conduite automobile ou l'utilisation du transport collectif. Les coûts d'inscriptions ou autres coûts, entraînés par ces activités (p. ex. : coût des déplacements), ressortent également comme une barrière importante à l'accès aux ressources en place au sein de leur communauté. Notons finalement que la complexité de certains processus bureaucratiques peut également être un obstacle à l'accès, tel que le démontre l'étude de Nau et ses collègues (Nau *et al.*, 2019).

Lorsque les processus bureaucratiques compliquent davantage l'accès aux services de santé offerts pour les personnes âînées en situation de vulnérabilité (Nau *et al.*, 2019)

L'étude de Nau *et al.*, 2019 visait à identifier les actions pouvant être menées pour la promotion, la conception et la mise en œuvre de programmes d'activités physiques offerts en milieu communautaire dans la région métropolitaine de Melbourne (Australie) afin d'améliorer l'engagement des personnes âînées en situation de vulnérabilité. Des entretiens ont été menés auprès de 30 prestataires responsables de la mise en œuvre de tels programmes, ainsi qu'auprès de 42 personnes âînées qui prenaient part à un programme d'activités physiques existant. Parmi les barrières identifiées, plusieurs étaient de nature structurelle, dont le coût de participation aux programmes, qui a été identifié comme un problème critique pouvant limiter l'accès aux programmes offerts, en particulier pour les personnes âînées qui sont défavorisées sur le plan socio-économique. Les responsables des programmes et les personnes âînées ont également souligné que le transport avait une influence majeure sur la participation aux programmes; l'accès s'est avéré limité pour les personnes n'étant pas en mesure de conduire ou d'utiliser les transports en commun. L'importance de produire du matériel promotionnel dans plusieurs langues est également ressortie comme une condition de succès pour rejoindre les personnes âînées de différentes communautés culturelles.

En plus de ces barrières propres à la mise en œuvre des programmes d'activités physiques, les personnes âînées doivent également composer avec un défi supplémentaire de nature bureaucratique. Afin d'être en mesure de prendre part aux programmes d'activité physique, le gouvernement australien exige désormais que les personnes âînées s'inscrivent d'abord sur un portail en ligne. Celles-ci sont ensuite contactées par un travailleur de la santé, qui évalue d'abord leurs besoins, pouvant ensuite les diriger vers des services adaptés — dont les programmes communautaires en activité physique. Cette étape supplémentaire est vue

comme exacerbant les difficultés à rejoindre les personnes âgées isolées, migrantes ou encore réticentes à s'engager dans des procédures complexes afin d'avoir accès aux activités. Des personnes âgées ont signalé que le processus, qui implique qu'un travailleur de la santé évalue l'admissibilité aux services, peut être ardu et déroutant. De plus, les auteurs de l'étude rapportent que les personnes âgées ne répondent pas toujours au téléphone ou raccrochent, entre autres si elles ne reconnaissent pas la raison de l'appel ou bien si elles ne comprennent pas le travailleur de la santé en raison de la barrière de la langue.

4.1.2 Barrières liées à la confiance envers le système de santé et expériences antérieures

Un deuxième type de barrière touche la confiance envers les professionnels responsables de la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé. Certaines personnes âgées en situation de vulnérabilité peuvent être davantage méfiantes envers les professionnels de la santé, notamment en raison de la stigmatisation qu'elles ont pu déjà vivre et ressentir (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Diallo *et al.*, 2020; Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019). Dans le cas de personnes migrantes, leurs points de vue peuvent être influencés par des expériences de participation négatives au sein d'interventions ou de programmes offerts dans leur pays d'origine (Liljas *et al.*, 2019; Manson *et al.*, 2017). Cette barrière aurait des effets non négligeables sur l'acceptabilité perçue des interventions de promotion de la santé visant à rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Elle peut même mener à un scepticisme envers la crédibilité des acteurs de santé et à une résistance aux messages de promotion de santé qui leur sont adressés (Manson *et al.*, 2017; Nau *et al.*, 2019). Des expériences antérieures de stigmatisation peuvent également rendre plus craintives les personnes âgées face aux possibilités d'être de nouveau stigmatisées lors de la participation à une intervention de promotion de la santé (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019).

Le manque de confiance : une barrière à contourner (Liljas *et al.*, 2019)

L'étude de Liljas *et al.*, 2019 visait à explorer les barrières et les facteurs facilitants lors de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé auprès des personnes âgées en situation de vulnérabilité. Pour ce faire, une collecte de données a été menée auprès de personnes âgées en situation de vulnérabilité (n = 19) et de professionnels responsables de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé (n = 31). Le manque de confiance envers le système de santé a été relevé comme un obstacle important à prendre en compte, et ce, autant par les personnes âgées elles-mêmes que par les professionnels interrogés. Ainsi, certaines personnes âgées en situation de vulnérabilité ont déclaré se sentir frustrées par des tentatives passées infructueuses de recherche de services. Certaines estimaient

également que des professionnels de la santé avaient tenté de dissuader leur participation à des initiatives de promotion de la santé. Par conséquent, cette frustration avait tendance à se traduire par un manque de confiance et des personnes âgées pouvaient d'emblée se sentir exclues des activités de promotion de la santé qui leur étaient pourtant offertes.

De la même façon, les professionnels ont constaté que le manque de confiance est un obstacle majeur à contourner pour favoriser une première participation à une intervention de promotion de la santé. Selon ces professionnels, ce manque de confiance peut être dû à différents facteurs : la peur de ne pas être compris par les autres ou d'être stigmatisé, le manque de familiarité avec ce type d'environnements sociaux, ou encore de la méfiance en raison de la méconnaissance des interventions. Les professionnels ont, ainsi, souligné l'importance d'établir en premier lieu une relation de confiance et de proximité avec les personnes âgées en situation de vulnérabilité dans l'optique, par la suite, d'améliorer l'acceptabilité des interventions de promotion de la santé.

4.1.3 Barrières liées à la pertinence perçue des interventions

Un troisième type de barrière, identifié à la suite de l'analyse des huit interventions étudiées, relève du manque de pertinence perçue des interventions en promotion de la santé mises en œuvre en comparaison aux besoins ressentis comme prioritaires par les personnes âgées elles-mêmes. Cette barrière relève d'une appréciation par la personne âgée de l'écart perçu entre les activités de promotion offertes et ses besoins ressentis (Kristiansen *et al.*, 2021; Saito *et al.*, 2019; Srivarathan *et al.*, 2019). Elle explique en partie la moindre participation de certaines personnes âgées aux initiatives de promotion de la santé mises en œuvre au sein de leur communauté, en particulier si elles sont en situation de plus grande vulnérabilité.

Plusieurs personnes âgées font face au quotidien à de multiples problèmes d'ordre personnel, économique, social ou sanitaire, par exemple. Dans ce contexte, les interventions offertes en promotion de la santé peuvent sembler ni accessibles, ni acceptables ou prioritaires dans le contexte de multiples besoins non comblés, qui incluent des besoins de base (alimentation, logement, sécurité, relations humaines empreintes d'affection, etc.). Ainsi, pour les personnes âgées fortement défavorisées sur le plan socio-économique, l'adoption de saines habitudes de vie peut être facilement reléguée au second plan (Cheadle, 2010; Cheadle, 2010a; Nau *et al.*, 2019). Tel que le notent Nau et ses collègues (Nau *et al.*, 2019) « *Il était peu probable que la participation à un programme d'exercice soit une priorité élevée pour une personne défavorisée sur le plan socio-économique dont l'objectif principal est d'essayer de trouver un endroit où dormir en toute sécurité* » (traduction libre, p. 260). Notons finalement que certains articles inclus dans la présente synthèse dénotent aussi une tendance de certaines personnes âgées à percevoir leur déclin fonctionnel comme une composante inévitable du vieillissement qu'il est impossible d'éviter ou de renverser. Ce fatalisme peut ainsi engendrer un sentiment d'impuissance ou

encore une dénegation de tout avantage ou bénéfice à participer aux activités de promotion de la santé (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Liljas *et al.*, 2019).

4.2 Mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité : principales stratégies rapportées

Les professionnels jouent un rôle central dans la prise en compte de vulnérabilités multiples auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées en situation de vulnérabilité. L'adoption de stratégies de communication adaptées, la flexibilité des rôles professionnels, l'utilisation d'une approche holistique et le choix stratégique des lieux de mise en œuvre des interventions ressortent comme des stratégies efficaces pour tenir compte des caractéristiques et des besoins spécifiques de cette population.

4.2.1 Utiliser des stratégies de communication adaptées

L'utilisation de stratégies de communication adaptées est ressortie comme un premier moyen de contourner, en partie du moins, les barrières auxquelles doivent faire face les professionnels voulant mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité via leurs interventions de promotion de la santé. D'abord, afin de contourner les barrières linguistiques et les enjeux relatifs au degré d'alphabétisation, l'utilisation d'un langage simple et la possibilité de communiquer l'information en plusieurs langues s'avèrent primordiales (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Manson *et al.*, 2017; Nau *et al.*, 2019). Le contenu du matériel promotionnel développé peut également permettre d'agir sur le sentiment de confiance et de sécurité perçus : l'utilisation d'un langage inclusif et rassurant aurait un effet bénéfique pour diminuer les craintes d'être stigmatisé, la peur d'être mal reçu, jugé, ou de ne pas se sentir à sa place parmi les autres membres d'un groupe en raison de différences socio-économiques ou culturelles. Mettre de l'avant les différents avantages – sociaux, physiques, cognitifs – pouvant être obtenus par le biais de comportements favorables à la santé peut également favoriser la pertinence perçue de prendre part à des interventions de promotion de la santé (Cheadle *et al.*, 2010; Cheadle *et al.*, 2010a; Manson *et al.*, 2017). En ce sens, les messages utilisés peuvent faire appel au désir des personnes âgées de conserver leur indépendance dans la vie de tous les jours, en associant des avantages concrets de l'activité physique à des scénarios fonctionnels (des exercices musculaires aident à conserver la capacité à faire ses courses, comme l'épicerie par exemple, de façon autonome).

De bonnes pratiques de communication afin de promouvoir une intervention visant à favoriser la pratique de Tai Chi chez des personnes âgées en situation de vulnérabilité (Manson *et al.*, 2017)

Le programme décrit par Manson *et al.*, 2017 visait à favoriser la participation à une activité de Tai Chi qui se déroulait sur une durée de 16 semaines dans une région de Toronto (Canada). Cette région est à la fois caractérisée par une grande diversité ethnoculturelle, mais également par la présence de défavorisation, aux plans matériel et social. Ce programme misait sur différentes stratégies de communication afin d'être en mesure de rejoindre le plus grand nombre de personnes possible, même celles qui n'ont pas l'habitude de prendre part à des activités de groupe proposées pour maintenir ou améliorer la santé. En ce sens, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant dans une approche promotionnelle adaptée à la diversité des publics potentiels pouvant être intéressés à prendre part à l'activité.

L'utilisation de plusieurs langues pour la communication, ainsi qu'une mention explicite que l'activité était sans danger chez les personnes atteintes de conditions chroniques – telles que les maladies cardiovasculaires – a fait partie des stratégies adoptées. Des témoignages personnels provenant de personnes âgées issues de différents milieux socio-économiques et culturels étaient également inclus dans les dépliants utilisés pour présenter l'activité. D'après les résultats de l'étude, ce type de communication permettrait de rassurer les personnes âgées qu'elles seront acceptées en tant que nouveau membre du groupe, et ce, peu importe leur condition physique ou leur origine ethnique. Une autre façon de communiquer l'inclusion et la sécurité culturelle consistait à faire savoir que la confidentialité serait préservée et que différentes nécessités et préférences seraient prises en compte lors du déroulement des activités.

Finalement, en mettant l'accent sur les avantages multiples associés à la pratique du Tai Chi – amélioration de la santé physique, mentale et émotionnelle – la promotion du programme aurait permis d'intéresser un plus large public. En effet, pour les personnes moins susceptibles d'être motivées par les bénéfices physiques, la promotion des retombées positives pour les liens sociaux et la santé psychologique par exemple, aurait accru la perception de l'utilité et de la pertinence de participer à la pratique du Tai Chi et, par conséquent, leur intention de tenter l'expérience. Cette stratégie s'est traduite par une bonne participation au programme.

4.2.2 Assurer une formation adéquate et une flexibilité des rôles chez les responsables de la mise en œuvre des interventions

Les études recensées dans la présente synthèse mettent de l'avant que les barrières de langue, la distance culturelle ou encore l'historique de discrimination amènent leur lot de difficultés et d'obstacles que certaines personnes âgées ont à surmonter pour se prévaloir des services et ressources dont elles ont besoin (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Diallo *et al.*, 2020; Kristiansen *et al.*, 2021; Liljas *et al.*, 2019; Manson *et al.*, 2017; Srivarathan *et al.*, 2019). Selon ces auteurs, les responsables de la mise en œuvre des interventions en promotion de la santé doivent y être non seulement sensibilisés, mais ils doivent également développer des habiletés relationnelles pour composer avec les différentes réalités vécues par les personnes âgées.

La sensibilisation, sans autres stratégies complémentaires, peut néanmoins avoir comme effet d'exacerber encore davantage le fossé existant entre les professionnels et les personnes âgées. Les intervenants peuvent craindre d'être inadéquats ou d'être perçus comme insensibles, indifférents ou même insultants par les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Leurs craintes peuvent amener des actions maladroites ou inefficaces. Il peut alors s'installer la peur d'interagir avec les personnes âgées et de la méfiance de part et d'autre. Il s'avère donc primordial de s'assurer que les responsables de la mise en œuvre des interventions en promotion de la santé soient adéquatement formés et outillés afin de faire face à ce défi supplémentaire (Kristiansen *et al.*, 2021; Liljas *et al.*, 2019; Srivarathan *et al.*, 2019). En termes de développement de la pratique, il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur le développement de compétences interpersonnelles lorsque les professionnels responsables de la mise en œuvre des interventions de promotion sont appelés à entrer directement en contact avec les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Le développement de ces compétences semble être un élément clé afin de pouvoir contourner d'éventuelles barrières liées à la confiance envers le système de santé (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Liljas *et al.*, 2019).

Les études recensées dans la présente synthèse soutiennent, en ce sens, l'importance que les professionnels responsables de la mise en œuvre des interventions prennent conscience de la diversité des réalités dans lesquelles vivent les personnes âgées. Afin de favoriser la pertinence perçue de leurs interventions, les professionnels doivent être en mesure d'adapter les interventions, dans la mesure du possible, aux besoins particuliers de chacune des personnes âgées rencontrées (Liljas *et al.*, 2019). Les responsables doivent également s'assurer de créer des environnements propices à la participation de tous. En bref, par-delà leur rôle d'offrir les interventions telles que planifiées, les professionnels doivent être sensibles au contexte de vie des personnes afin de pouvoir répondre de façon pertinente à la présence de multiples obstacles potentiels (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Saito *et al.*, 2019). Cela peut signifier aussi que les intervenants puissent s'engager dans des tâches et des responsabilités qui ne sont pas toujours d'emblée incluses parmi leurs tâches et qui ne sont pas directement en lien avec la prestation du service ou la réalisation des activités. Par conséquent, les interventions de promotion auprès de personnes âgées en situation de vulnérabilité peuvent requérir une certaine flexibilité dans la conception et la compréhension des rôles des professionnels

impliqués (Kristiansen *et al.*, 2021; Liljas *et al.*, 2019; Srivarathan *et al.*, 2019). Cette flexibilité favoriserait l'adoption d'une approche qui pourrait être plus efficace pour mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité.

CP@clinic : Une clinique pour la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète chez des personnes âgées vivant dans un milieu défavorisé (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016)

Ce programme communautaire, financé par le biais d'une subvention de recherche, a été mis en œuvre dans la région de Toronto (Canada) et visait la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète. Il a été offert par des ambulanciers à 260 personnes âgées résidant dans un immeuble de logements subventionnés. Ces résidents pouvaient s'inscrire sur une base volontaire au programme afin d'avoir accès à des séances de consultation hebdomadaires personnalisées avec les ambulanciers. Les ambulanciers se rendaient sur place une journée par semaine pour une période de huit heures. Plus spécifiquement, les séances de consultations se déroulaient dans une partie commune de l'immeuble résidentiel, qui comprenait un grand espace commun avec des canapés, ainsi qu'une partie privée où se tenaient les consultations personnalisées avec les ambulanciers. Les résidents n'avaient pas besoin de prendre rendez-vous pour voir les ambulanciers. Ils attendaient simplement dans la zone commune jusqu'à ce que leur tour soit venu d'être vus dans la zone privée avec les ambulanciers. Cette flexibilité permettait aux ambulanciers de prendre le temps nécessaire pour répondre aux besoins individuels de chacun des résidents, sans être contraint par l'obligation de devoir respecter un horaire précis. Lors des séances de consultation, des données étaient recueillies afin d'élaborer des plans d'action individualisés concernant la réduction des risques cardiovasculaires. Les ambulanciers pouvaient également orienter les résidents vers des activités ou des ressources de santé locales.

Les résidents qui ont pris part au programme soutiennent que leurs interactions avec les ambulanciers contrastaient fortement avec celles qu'ils ont habituellement avec les prestataires de services de santé. D'abord, les ambulanciers prenaient le temps de répondre à leurs préoccupations, peu importe la nature de celles-ci, qu'elles soient ou non en lien avec la prévention des maladies cardiovasculaires et du diabète. Selon les résidents rencontrés, cela a permis de réduire la distance souvent anticipée dans une relation entre un professionnel de la santé et un usager. Ensuite, la fréquence avec laquelle ils pouvaient rentrer en contact avec les ambulanciers leur a permis de développer une réelle relation de confiance avec ceux-ci. Par conséquent, ils se sont sentis assez en confiance pour partager avec eux des problèmes de différents ordres, sociaux, médicaux ou

de santé mentale, qu'autrement ils n'auraient pas osé aborder de peur d'être incompris ou stigmatisés. En bref, en plus de sensibiliser les résidents à divers enjeux de santé, ce programme a permis de favoriser leur sentiment de contrôle et d'autonomie, en plus d'atténuer leurs craintes et leurs frustrations à l'égard des professionnels responsables des interventions en promotion de la santé.

Notons finalement que les ambulanciers ont été appelés, avec le temps, à jouer un rôle pour transformer certaines caractéristiques de l'environnement au sein duquel les résidents vivaient au quotidien. Ils ont ainsi aidé certains résidents à organiser des repas communautaires, ou encore des activités sociales telles qu'un club de jardinage. Les ambulanciers ont également pu jouer un rôle de « médiateur » dans la gestion de certains conflits préexistants entre les résidents et favoriser la création de nouveaux liens sociaux. Par-delà leur rôle sur le plan de la santé, la présence des ambulanciers a donc permis de procurer un sentiment de soutien et de sécurité aux résidents de l'immeuble qu'ils n'avaient pas auparavant.

4.2.3 Concevoir les interventions de promotion de la santé selon une approche holistique

Une approche holistique permet de prendre en considération l'ensemble des besoins des personnes âgées en situation de vulnérabilité et ainsi favoriser la pertinence perçue des interventions qui seront mises en œuvre. Pour ce faire, les interventions en promotion de la santé devraient pouvoir répondre, en partie du moins, aux besoins sanitaires et sociaux plus complexes et plus pressants de ces personnes âgées. Les approches qui visent la personne âgée uniquement pour modifier un comportement (par la sensibilisation ou la formation) auraient dans certains cas une portée limitée (Diallo *et al.*, 2020; Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019). D'autres déterminants majeurs de l'adoption des comportements sains comme la participation sociale, la qualité de l'environnement bâti, ou encore l'accès au réseau de la santé doivent être considérés. De plus, une intervention de promotion de la santé uniquement axée sur un changement individuel par l'acquisition de connaissances et d'habiletés personnelles risque d'être perçue comme étant plus ou moins en adéquation avec les besoins perçus, peu crédibles ou irréalistes par les personnes qui doivent ensuite les mettre en application dans des contextes de vie peu propices et où d'autres besoins sanitaires et psychosociaux plus complexes et prioritaires s'imposent (Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Liljas *et al.*, 2019).

Un programme pour soutenir la saine alimentation chez des personnes âgées vivant dans un désert alimentaire (Diallo *et al.*, 2020)

Le programme innovant décrit par Diallo *et al.*, 2020 a été créé dans un milieu urbain du sud des États-Unis. Il visait à favoriser une saine alimentation et s'adressait à des personnes âgées vulnérables résidant dans un quartier économiquement défavorisé et caractérisé par un désert alimentaire. Plus spécifiquement, un partenariat a été créé avec une banque alimentaire régionale pour rendre disponible un repas chaud et sain une fois par semaine. Ces repas étaient livrés par la banque alimentaire sur un site prédéterminé (par exemple un local d'un organisme communautaire) facilement accessible par les personnes âgées. Celles-ci pouvaient ensuite choisir de prendre le repas dans un espace commun avec les autres, ou encore emporter le repas chez elle.

Les repas hebdomadaires ont également permis aux intervenants responsables du programme de discuter de la gestion de certaines maladies chroniques (diabète, maladie cardiovasculaire, etc.) avec les personnes âgées présentes sur place. Les données recueillies ont permis de définir des plans d'action individualisés concernant la réduction des risques pour la santé et à orienter les participants vers des activités ou des ressources de santé locales. En plus d'avoir accès gratuitement à ces repas hebdomadaires, les personnes âgées ont pu prendre part à des cours de cuisine et avoir accès à un marché mobile offrant des fruits et des légumes à prix réduit. Misant sur une approche combinant multiples mesures, ce programme a donc permis de répondre simultanément à différents besoins de cette population en : 1) fournissant un accès à des aliments sains à prix modique pour pallier le manque d'accès local; 2) augmentant les habiletés et les connaissances relatives à la consommation et la préparation d'aliments sains; 3) outillant les personnes âgées pour les aider à mieux gérer certaines maladies chroniques; 4) fournir un lieu de socialisation afin de contrer l'isolement social.

4.2.4 Choisir stratégiquement les lieux de mise en œuvre des interventions

Une dernière stratégie repose sur un choix judicieux des lieux où se déroulent les activités de promotion de la santé. En premier lieu, les auteurs proposent que de favoriser des lieux de mise en œuvre à proximité des quartiers où habitent les personnes âgées ou encore prévoir un accès à du transport gratuit et accessible soit une façon de minimiser certaines barrières liées à accès aux activités offertes (Diallo *et al.*, 2020). S'il n'est pas possible d'offrir des interventions à proximité de tous, l'accès au transport peut être facilité de diverses manières : par exemple en offrant du covoiturage organisé, en collaborant avec les services de transports municipaux, ou encore en choisissant des lieux accessibles par différents modes de transports (Nau *et al.*, 2019; Saito *et al.*, 2019).

Certaines études rappellent également l'importance de prendre en compte des aspects émotifs et cognitifs dans le choix des lieux où les interventions de promotion seront déployées. Étant donné l'historique de stigmatisation pouvant caractériser le parcours de vie de certaines personnes âgées, le choix d'endroits familiers (tels que des locaux d'organismes communautaires, des cafés, des églises, etc.) peut être un élément clé pour favoriser le sentiment de confiance (Diallo *et al.*, 2020; Kristiansen *et al.*, 2021; Saito *et al.*, 2019; Srivarathan *et al.*, 2019). D'une part, l'utilisation de ces endroits peut permettre, dans certains cas, une plus grande discrétion quant aux types de services dont bénéficient les personnes qui y assistent. Par exemple, un programme de prévention en santé mentale pourrait avoir lieu dans un local d'un organisme qui poursuit plusieurs objectifs (c'est-à-dire qui n'intervient pas seulement en santé mentale). Ce choix permettrait d'atténuer les inquiétudes des personnes âgées concernant le potentiel de stigmatisation et les enjeux de confidentialité quant aux raisons de fréquentation de cet organisme. D'autre part, l'intimité et la camaraderie qui caractérisent ce type d'environnement plus « informel » peuvent les rendre moins menaçants que les établissements du réseau institutionnel. L'analyse fait finalement ressortir qu'en plus de favoriser la confiance, le choix d'endroits familiers peut aussi donner l'opportunité de mettre l'accent sur d'autres déterminants de la santé (p. ex. : la participation sociale), ce qui rejoint les prérogatives de l'approche holistique mentionnée précédemment (Diallo *et al.*, 2020; Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019).

Lorsqu'il faut repenser les modalités de mise en œuvre d'une initiative de promotion de la santé : l'exemple des visites à domicile au Danemark (Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019)

Cette intervention proposait des visites à domicile au sein d'une communauté urbaine défavorisée au Danemark. Cette communauté comprend 2626 résidents issus de plus de 50 nationalités différentes habitant dans 915 appartements construits en 1972. Lors de la mise en œuvre de l'intervention, il était initialement prévu de seulement offrir des visites à domicile avec l'aide de professionnels de la santé. Ces visites à domicile, offertes gratuitement, visaient à promouvoir la santé et à prévenir le déclin des capacités fonctionnelles. Le but de ces visites était de rejoindre de manière proactive les personnes âgées, y compris celles qui n'ont normalement pas accès à des soins de santé préventifs. Essentiellement, l'accent était mis sur l'engagement de la personne âgée dans un dialogue englobant différentes dimensions de promotion de la santé : alimentation, exercice, alcool, tabagisme, sommeil, stress, qualité de vie et solitude. Sur la base d'une évaluation individuelle des besoins, le dialogue entre les professionnels et les personnes âgées se concentrait sur certains objectifs de changement de comportement convenus ensemble et le partage d'informations sur des services de santé pertinents et disponibles localement.

Quelques mois après le début de la mise en œuvre de l'intervention, les instigateurs se sont aperçus du peu de succès des visites préventives. Les personnes âgées étaient très peu réceptives à « laisser entrer chez elles » un professionnel de la santé et encore moins à entamer une discussion concernant leurs habitudes de vie. Des réunions de groupe organisées à l'extérieur du domicile privé des personnes âgées (par exemple dans des cafés ou des locaux d'organismes communautaires) ont alors été instaurées. Le but de ces rencontres était de fournir aux personnes âgées de l'information sur les visites préventives à domicile et sur le vieillissement en santé en général. Des dépliants sur les visites préventives à domicile ont été distribués et des professionnels de la santé ont également pu partager certaines informations entourant la promotion de la santé. De par le nombre de personnes rejointes, ce mécanisme fut un élément clé afin de mieux rejoindre les personnes âgées vivant dans cette communauté. Les réunions de groupe ont également été décrites comme « *un tremplin vers la visite à domicile proprement dite* ».

La capacité de faire participer les personnes âgées aux rencontres de groupe s'expliquerait, selon les investigateurs, par deux facteurs. D'une part, des lieux publics ou habituellement fréquentés par les personnes âgées seraient vus comme plus accessibles et acceptables pour la prestation de l'intervention en comparaison avec leur domicile. D'autre part, étant donné le peu de familiarité des personnes âgées avec le concept de promotion de la santé, il apparaissait difficile d'aborder directement cet aspect lors de l'intervention. Le choix d'un lieu familier avait l'avantage de fournir un environnement moins menaçant, non directement associé à une image de prise en charge par un professionnel de la santé, mais plutôt à une occasion de socialisation.

4.3 Des conditions organisationnelles et structurelles en soutien aux stratégies permettant de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité

4.3.1 L'efficacité des mécanismes de coordination intersectorielle

La mise en œuvre de stratégies permettant de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité repose parfois sur des partenariats intersectoriels. À ce niveau, l'intervention décrite par Cheadle et ses collègues, présentée dans l'encadrée ci-dessous, ressort comme un exemple où les acteurs locaux ont pu tirer parti des mécanismes de coordination intersectorielle pour arriver à rejoindre une population en situation de vulnérabilité.

Rendre un milieu de vie favorable à la pratique d'activité physique pour les personnes âgées (Cheadle *et al.*, 2010; Cheadle *et al.*, 2010)

L'intervention a été mise en œuvre dans un quartier au sud-est de Seattle. Ce quartier est caractérisé par son multiculturalisme et sa proportion significative d'habitants âgés de 65 ans et plus. L'intervention visait deux objectifs, soit de créer de nouveaux programmes d'activité physique (objectif 1), tout en soutenant des changements environnementaux et politiques à plus grande échelle (objectif 2).

Un premier objectif était de créer de nouveaux programmes d'activité physique pour les personnes âgées en favorisant le réseautage entre organisations. Les partenaires clés comprenaient à la fois des organisations qui collaboraient étroitement avec les personnes âgées en situation de vulnérabilité (centres de ressources pour migrants, services aux personnes handicapées, etc.), qui fournissaient une expertise en matière d'activité physique (entraîneurs personnels, kinésologues, etc.), des installations (gymnases, centre de conditionnement physique, services municipaux de loisirs, etc.) ou encore des transports de groupe (services de transports municipaux, compagnies de taxis, etc.). Par exemple, les résidents d'un immeuble de logements pour personnes âgées à faible revenu ne possédant pas d'accès à des installations pour favoriser l'activité physique ont été mis en relation avec le département des parcs et loisirs de la municipalité, qui avait un programme de marche pour les personnes âgées et qui recherchait davantage de participants.

En parallèle, toujours dans le but de mieux rejoindre les personnes âgées, un deuxième objectif visait à instaurer des changements environnementaux et politiques à plus grande échelle, par la création d'une coalition d'acteurs. Par exemple, au niveau politique, un travail a été effectué avec les services de transport locaux afin de revoir l'emplacement des passages pour piétons avec l'objectif de favoriser le transport actif chez les personnes âgées. Afin de consolider ces différents partenariats, un coordonnateur avait comme tâche de réunir les organisations autour d'un objectif commun.

En définitive, le réseautage entre les organisations a conduit à la création de 16 classes d'exercice et groupes de marche, desservant environ 200 personnes âgées auparavant mal desservies. L'étude souligne l'importance de la collaboration communautaire et intersectorielle à l'échelle locale lors de la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé destinées à rejoindre une population en situation de vulnérabilité.

4.3.2 L'accès à des ressources suffisantes

La mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé auprès de populations vulnérables peut exiger des ressources et du temps supplémentaires. Plusieurs raisons ont été relevées à ce niveau au sein des études analysées : 1) la nécessité de développer, préalablement, la coordination intersectorielle nécessaire à une prise en compte holistique de la santé (p. ex. : Cheadle *et al.*, 2010; Cheadle *et al.*, 2010a; Liljas *et al.*, 2019); 2) la nécessité d'établir progressivement la relation de confiance entre les professionnels de la santé et les personnes âgées en situation de vulnérabilité (p. ex. : Liljas *et al.*, 2019; Nau *et al.*, 2019); 3) la nécessité de former les professionnels et les bénévoles impliqués dans la mise en œuvre des interventions offertes (p. ex. : Kristiansen *et al.*, 2021; Saito *et al.*, 2019; Srivarathan *et al.*, 2019); 4) la nécessité de mettre en œuvre des mécanismes de communication pour diminuer les barrières liées à accès aux activités offertes, liées à la confiance envers le système de santé ou encore liées à la pertinence perçue des interventions de promotion de la santé mises en œuvre (p. ex. : Agarwal et Brydges, 2018; Brydges *et al.*, 2016; Diallo *et al.*, 2020; Manson *et al.*, 2017; Nau *et al.*, 2019).

4.3.3 Un environnement politique favorable

Les défis peuvent être multiples lorsqu'il est question de travailler efficacement afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Un environnement politique favorable pourrait augmenter la probabilité de déployer des interventions qui répondent aux besoins de divers groupes, y compris ceux en situation de vulnérabilité. Par exemple, l'initiative présentant le recours aux visites préventives à domicile au Danemark (Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019) s'est développée à la suite d'une modification de la loi obligeant les municipalités à agir auprès des personnes âgées qui sont particulièrement susceptibles d'avoir des limitations fonctionnelles sociales, mentales et physiques. Plus spécifiquement, la modification de la loi visait à garantir que les initiatives de promotion de la santé puissent répondre aux besoins de divers groupes, y compris les personnes âgées les plus vulnérables sur le plan socio-économique, qui sous-utilisent souvent les services communautaires. De la même façon, l'étude de Saito et ses collègues (Saito *et al.*, 2019), présentée dans l'encadrée ci-dessous, démontre comment l'adoption d'une nouvelle politique de santé qui inclut une priorité d'action sur l'isolement social a contribué au développement d'interventions pour rejoindre plus efficacement les personnes âgées en situation de vulnérabilité.

**Lorsque les incitatifs pour agir résultent de décisions politiques :
l'exemple des salons « *ikoino saron* » (Saito *et al.*, 2019)**

Depuis 2013, les politiques nationales de santé au Japon visent à agir sur les grands déterminants de la santé dans l'optique de diminuer les inégalités sociales de santé à l'échelle du pays. Plus précisément, les stratégies nationales en prévention et promotion de la santé se concentrent désormais sur la promotion de la participation sociale et la prévention de l'isolement chez les personnes âgées, ces deux facteurs ayant été identifiés comme jouant un rôle prépondérant dans l'apparition des maladies chroniques. Ces stratégies s'appuient également sur l'objectif de favoriser la cohésion sociale, ainsi que le développement d'actions pour la prise en charge d'initiatives de promotion de la santé à l'échelle locale, telles que les « *ikoino saron* ».

Les « *ikoino saron* » sont accessibles à toutes les personnes âgées, les frais de participation sont très bas et les « salons » sont situés à des endroits faciles d'accès. Ces salons procurent des occasions de rassemblement social pour les personnes âgées. Plus spécifiquement, ces rassemblements permettent à ces personnes de se rencontrer et d'interagir dans un environnement agréable, tout en ayant l'opportunité de prendre part à des activités de diverses natures : des ateliers d'arts, de l'artisanat, des séminaires d'éducation à la santé ou encore des exercices physiques et de stimulation cognitive. Les « *ikoino saron* » se tiennent une à deux fois par mois et durent en moyenne une demi-journée. En règle générale de 20 à 60 personnes âgées assistent à ces activités, mais les grands événements peuvent attirer jusqu'à 100 personnes. Cette initiative s'est avérée efficace pour réduire les besoins en soins de longue durée chez la population âgée, en plus d'avoir un effet indirect sur la diminution des inégalités sociales de santé.

5 DISCUSSION

Les acteurs de santé publique sont de plus en plus appelés à orienter leurs efforts auprès de certaines populations vivant en situation de plus grande vulnérabilité (Bernier, 2021; Lambert *et al.*, 2014; Ottersen *et al.*, 2014). Le nombre croissant de personnes âgées issues de différents milieux socioculturels et économiques souligne la nécessité de repenser les interventions de promotion de la santé afin d'assurer leur acceptabilité et leur accessibilité pour tous. Les inégalités sociales, leurs effets sur la santé et l'accès aux interventions impliquent une interaction complexe de facteurs individuels et environnementaux, dont le contexte sociopolitique et le système de santé font partie. La mise en œuvre des interventions de promotion de la santé visant les personnes en situation de vulnérabilité est, inévitablement, toujours façonnée par de nombreux obstacles et facteurs facilitants en lien avec les caractéristiques et les besoins spécifiques de cette population.

De nombreuses études confirment l'importance d'adapter les interventions de promotion de la santé pour mieux rejoindre les populations en situation de vulnérabilité (Baumann et Cabassa, 2020; Liu *et al.*, 2016; O'Mara-Eves *et al.*, 2015; Seeleman *et al.*, 2015; Suphanchaimat *et al.*, 2015). Différents types d'adaptations peuvent être nécessaires en réponse aux éléments contextuels vécus par ces populations, allant de la modification des stratégies de communication, aux modalités de l'intervention en termes d'intensité ou de durée, en passant par la modification de l'environnement au sein duquel l'intervention est offerte. Or, il n'est pas toujours facile d'obtenir des données pertinentes nous permettant de cibler avec précision quels sont ces facteurs contextuels, et encore moins de comprendre la façon dont ceux-ci peuvent être des facilitants ou des obstacles à la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé. Sans connaissance préalable des besoins des populations ciblées, il est difficile – voire pratiquement impossible – de savoir quels types d'adaptations seront nécessaires pour s'assurer de rejoindre adéquatement les populations en situation de vulnérabilité (Audet *et al.*, 2017; Iliffe *et al.*, 2017; Rose *et al.*, 2008).

Afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité, il apparaît important de faire « un pas supplémentaire » en adaptant en profondeur certaines composantes des interventions de promotion de la santé pour qu'elles tiennent compte du contexte au sein duquel évoluent ces personnes. Or, cette adaptation nécessite parfois de nouvelles approches intersectorielles qui remettent en question les structures organisationnelles, les frontières et rôles des acteurs, ainsi que les logiques professionnelles habituelles (Frohlich et Potvin, 2008; Froomjian et Garnett, 2013; Liljas *et al.*, 2017; Raphael, 2017). Des études récentes montrent, cependant, que cette mobilisation intersectorielle peut être entravée par de nombreux obstacles, considérant par exemple la structure de l'organisation sociosanitaire au Québec qui prédispose souvent les acteurs de différents secteurs à travailler en parallèle autour du vieillissement en santé (Audet *et al.*, 2017; Goudreault *et al.*, 2020). De la même façon, l'adoption de nouveaux rôles professionnels peut également venir interférer avec certaines des responsabilités encadrées par les codes déontologiques auxquels doivent se conformer les professionnels de la santé (Liljas *et al.*, 2019; Kristiansen *et al.*, 2021; Srivarathan *et al.*, 2019).

5.1 Forces et limites

En s'appuyant sur la méthode de l'étude de cas multiple (Yin, 2014), la présente synthèse rapide des connaissances s'avère un premier pas pour soutenir les acteurs de santé publique œuvrant en promotion de la santé voulant adopter des stratégies efficaces afin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité. Les résultats de cette synthèse sont limités à l'analyse d'une littérature restreinte et ne sont probablement pas généralisables à toutes les situations. En outre, ils ne reposent pas sur un examen approfondi de la littérature scientifique et grise. Par ailleurs, il faut mentionner que les publications retenues n'ont fait l'objet d'aucune évaluation systématique de leur qualité méthodologique. De plus, bien que le corpus d'articles retenus ait permis de répertorier différentes stratégies en lien avec le besoin de mieux rejoindre les personnes âgées en situation de vulnérabilité, les devis méthodologiques ne permettaient pas d'évaluer l'efficacité de ces stratégies à modifier les comportements visés ou la santé des participants. Finalement, l'analyse des autres composantes des interventions, des ressources requises, des possibles biais de sélection, etc. dépassait le cadre de cette synthèse de connaissances.

6 CONCLUSION

Depuis longtemps déjà, les acteurs de santé publique sont appelés à tenir compte des inégalités sociales de santé lors de la mise en œuvre de leurs interventions de promotion de la santé (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 1986). La présente synthèse doit être vue comme une piste de réflexion sur différentes barrières – liées à l'accès aux activités offertes, liées à la confiance envers le système de santé ou encore liées à la pertinence perçue des interventions de promotion de la santé mises en œuvre – pouvant être contournées par des actions individuelles ou communautaires orientées vers les groupes les plus défavorisés, incluant les personnes âgées, dans l'optique d'améliorer leur état de santé. Il est néanmoins évident que ces barrières prennent racine dans des conditions sociales et historiques qui doivent également être considérées afin d'agir de manière plus déterminante à la source des inégalités sociales de santé dans la population âgée (Marmot *et al.*, 2008; Richard *et al.*, 2013).

En ce sens, la présente synthèse des connaissances s'est limitée à des interventions individuelles ou communautaires qui demandent un rôle actif et une mobilisation des personnes en situation de vulnérabilité pour effectuer le changement souhaité. Ce type d'intervention, bien que nécessaire, a néanmoins un effet moindre sur les contextes sociaux, politiques et historiques qui engendrent une exposition et une vulnérabilité différentielles aux conditions préjudiciables à la santé (Diderichsen *et al.*, 2001). Le contexte social et politique peut ainsi soutenir une répartition des ressources dans une optique d'égaliser les opportunités individuelles, par exemple, en permettant à tous d'avoir recours aux interventions préventives peu importe leur capacité financière. En d'autres mots, les inégalités structurelles dans la répartition des ressources sont au cœur du développement des inégalités en matière de santé. Ces inégalités structurelles doivent être reconnues et prises en compte par les acteurs de santé publique, par l'intermédiaire d'actions pour influencer les politiques économiques et macrosociales, tout en prenant en compte les enjeux d'intersectionnalité caractérisant certains sous-groupes de la population (Frohlich *et al.*, 2022; Livingston *et al.*, 2020; Mantoura et Morrison, 2016).

7 RÉFÉRENCES

- Agarwal, G. et Brydges, M. (2018). Effects of a community health promotion program on social factors in a vulnerable older adult population residing in social housing. *BMC geriatrics*, 18(1), 95. medline. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0764-9>
- Aubé, D. (2017). *La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé* [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2323>
- Audet, M., Paris, M., Garon, S. et Dumas, A. (2017). Saines habitudes de vie, inégalités sociales de santé et vieillissement: Réflexions critiques et nouvelles perspectives en développement des communautés. *Lien social et Politiques*, 78, 254-273. <https://doi.org/10.7202/1039348ar>
- Baumann, A. A. et Cabassa, L. J. (2020). Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC Health Services Research*, 20(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>
- Bernier, N. F. (2021). *Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales: tous ensemble pour la santé et le bien-être*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2781>
- Bonner, W. I. A., Weiler, R., Orisatoki, R., Lu, X., Andkhoie, M., Ramsay, D., Yaghoubi, M., Steeves, M., Szafron, M. et Farag, M. (2017). Determinants of self-perceived health for Canadians aged 40 and older and policy implications. *International Journal for Equity in Health*, 16, 94. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0595-x>
- Brydges, M., Denton, M. et Agarwal, G. (2016). The CHAP-EMS health promotion program: a qualitative study on participants' views of the role of paramedics. *BMC health services research*, 1-9.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspective pour un vieillissement en santé: Proposition d'un modèle conceptuel*. Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique.
- Channer, N. S., Hartt, M. et Biglieri, S. (2020). Aging-in-place and the spatial distribution of older adult vulnerability in Canada. *Applied Geography*, 125, 102357. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2020.102357>
- Cheadle, A., Egger, R., LoGerfo, J. P., Walwick, J. et Schwartz, S. (2010). A community-organizing approach to promoting physical activity in older adults: the southeast senior physical activity network. *Health Promotion Practice*, 11(2), 197-204. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/1524839908318167>
- Cheadle, A., Egger, R., LoGerfo, J., Schwartz, S. et Harris, J. (2010a). Promoting sustainable community change in support of older adult physical activity: evaluation findings from the southeast Seattle senior physical activity network (SESPAN). *Journal of Urban Health*, 87(1), 67-75. <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9414-z>
- Cloutier, E. C. et Langlet, E. (2014). *Enquête auprès des peuples autochtones, 2012: Guide des concepts et méthodes*. Statistique Canada = Statistics Canada.
- Deng, Q. et Liu, W. (2021). Inequalities in cognitive impairment among older adults in China and the associated social determinants: a decomposition approach. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01422-5>

- Diallo, A. F., Falls, K., Hicks, K., McQueen Gibson, E., Obaid, R., Slattum, P., Zanjani, F., Price, E. et Parsons, P. (2020). The Healthy Meal Program: A food insecurity screening and referral program for urban dwelling older adults. *Public Health Nursing, 37*(5), Article 5.
- Diderichsen, F., Evans, T. et Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. Dans *Challenging inequities in health: from ethics to action* (Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M). Oxford University Press.
- Edwards, P. (2021). A portrait of aging and older adults in Canada. Dans *Promoting the health of older adults: the Canadian experience* (Irving Rootman, Peggy Edwards, Mélanie Levasseur, Frances Grunberg, p. 3-26). Canadian Scholars.
- Edwards, P., Hamilton, J., et Routledge, M. (2021). Public policy for healthy aging: challenges and frameworks for action. Dans *Promoting the health of older adults: the Canadian experience* (Irving Rootman, Peggy Edwards, Mélanie Levasseur, Frances Grunberg, p. 62-76). Canadian Scholars.
- Freimuth, V. S. et Mettger, W. (1990). Is there a hard-to-reach audience? *Public Health Reports, 105*(3), 232-238.
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health, 98*(2), 216-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Frohlich, K. L., St-Arneault, K. et St-Pierre, M. (2022). Capturing complexity in health promotion intervention research: conducting critical realist evaluation. Dans *Global Handbook of Health Promotion Research, Vol. 1: Mapping Health Promotion Research* (Louise Potvin et Didier Jourdan, p. 483-495). Springer.
- Froonjian, J. et Garnett, J. L. (2013). Reaching the hard to reach: drawing lessons from research and practice. *International Journal of Public Administration, 36*(12), 831-839. <https://doi.org/10.1080/01900692.2013.795161>
- Goudreault, N., Garon, S., Veil, A. et Lévesque, N. (2020). Arrimage entre le RSSS et les municipalités dans le programme MADA: une analyse selon un modèle de la gouvernance collaborative. *Enfances, Familles, Générations, 36*, 1078013ar. <https://doi.org/10.7202/1078013ar>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Les aînés du Québec: Quelques données récentes* (Deuxième édition). Direction des communications, ministère de la Famille.
- Haq, K. S. et Penning, M. J. (2020). Social determinants of racial disparities in cognitive functioning in later life in Canada. *Journal of Aging and Health, 32*(7-8), 817-829. <https://doi.org/10.1177/0898264319853137>
- Iliffe, S., Walters, K., Manthorpe, J., Goodman, C. et Kharicha, K. (2017). Health and well-being promotion strategies for 'hard to reach' older people in England: a mapping exercise. *Primary Health Care Research & Development, 18*(06), 563-573. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000378>
- Kobayashi, K. M. et Khan, M. M. (2021). Health promotion practices for immigrant older adults. Dans *Promoting the health of older adults: the Canadian experience* (Irving Rootman, Peggy Edwards, Mélanie Levasseur, Frances Grunberg, p. 266-281). Canadian Scholars.

- Kristiansen, M., Nedergaard Jensen, A., Norredam, M. et Srivarathan, A. (2021). Targeting preventive home visits to older adults in disadvantaged communities: perspectives of professionals. *Health & Social Care in the Community*, 29(4), 1051-1060. her. <https://doi.org/10.1111/hsc.13139>
- Lambert, R., St-Pierre, J., Lemieux, L., Chapados, M., Lapointe, G., Bergeron, P., Choinière, R., Leblanc, M.-F. et Trudel, G. (2014). *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*. Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Québec).
- Léon, C., Pin, S. et du Roscoät, E. (2017). Étude de trois situations de vulnérabilité chez les personnes âgées de 55 à 85 ans en France. *Populations vulnérables*, 3, 73-95. <https://doi.org/10.4000/popvuln.1719>
- Liljas, A. E. M., Walters, K., Jovicic, A., Iliffe, S., Manthorpe, J., Goodman, C. et Kharicha, K. (2017). Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4241-8>
- Liljas, A. E. M., Walters, K., Jovicic, A., Iliffe, S., Manthorpe, J., Goodman, C. et Kharicha, K. (2019). Engaging 'hard to reach' groups in health promotion: the views of older people and professionals from a qualitative study in England. *BMC Public Health*, 19(1), 629. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6911-1>
- Liu, J. J., Davidson, E., Bhopal, R., White, M., Johnson, M., Netto, G. et Sheikh, A. (2016). Adapting health promotion interventions for ethnic minority groups: a qualitative study. *Health Promotion International*, 31(2), 325-334. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau105>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Loppie, C. (2021). Health promotion among older indigenous people. Dans *Promoting the health of older adults: the Canadian experience* (Irving Rootman, Peggy Edwards, Mélanie Levasseur, Frances Grunberg, p. 235-251). Canadian Scholars.
- Manson, J. D., Tamim, H. et Baker, J. (2017). Barriers and promoters for enrollment to a community-based tai chi program for older, low-income, and ethnically diverse adults. *Journal of Applied Gerontology*, 36(5), 592-609. <https://doi.org/10.1177/0733464815597315>
- Mantoura, P. et Morrison, V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4253205>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. et Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Nau, T., Nolan, G. et Smith, B. J. (2019). Enhancing engagement with socially disadvantaged older people in organized physical activity programs. *International Quarterly of Community Health Education*, 39(4), 257-267. <https://doi.org/10.1177/0272684X18821301>

- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F. et Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1986). *Promotion de la santé: Charte d'Ottawa* (WHO/EURO:1986-4044-43803-61666). Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349653>
- Ottersen, O. P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J., Fukuda-Parr, S., Gawanas, B. P., Giacaman, R., Gyapong, J., Leaning, J., Marmot, M., McNeill, D., Mongella, G. I., Moyo, N., Møgedal, S., Ntsaluba, A., Ooms, G., Bjertness, E., ... Scheel, I. B. (2014). The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*, 383(9917), 630-667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
- Pongiglione, B., De Stavola, B. L. et Ploubidis, G. B. (2015). A systematic literature review of studies analyzing inequalities in health expectancy among the older population. *PLOS ONE*, 10(6), e0130747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130747>
- Raphael, D. (2017). Implications of inequities in health for health promotion practice. Dans *Health Promotion in Canada, 4th edition* (Rootman I., Pederson A., Frohlich K., Dupéré S, p. 146-166). Canadian Scholars Press, Toronto, ON.
- Richard, L., Barthélémy, L., Tremblay, M. C., Pin, S. et Gauvin, L. (2013). *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique guide d'aide à l'action franco-québécois*. Guide d'aide à l'action franco-québécois. Saint-Denis: Impes, coll. Santé en action, 112 p.
- Rose, G. A., Khaw, K.-T. et Marmot, M. G. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine: the complete original text* (New ed). Oxford University Press.
- Saito, J., Haseda, M., Amemiya, A., Takagi, D., Kondo, K. et Kondo, N. (2019). Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 570-574.
- Seeleman, C., Essink-Bot, M.-L., Stronks, K. et Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC Health Services Research*, 15(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1159-7>
- Srivarathan, A., Jensen, A. N. et Kristiansen, M. (2019). Community-based interventions to enhance healthy aging in disadvantaged areas: perceptions of older adults and health care professionals. *BMC Health Services Research*, 19(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3855-6>
- Stefler, D., Prina, M., Wu, Y.-T., Sánchez-Niubò, A., Lu, W., Haro, J. M., Marmot, M. et Bobak, M. (2021). Socioeconomic inequalities in physical and cognitive functioning: cross-sectional evidence from 37 cohorts across 28 countries in the ATHLOS project. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(10), 980-986. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214714>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. et Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods* (Fifth edition). SAGE.

Zaninotto, P., Batty, G. D., Stenholm, S., Kawachi, I., Hyde, M., Goldberg, M., Westerlund, H., Vahtera, J. et Head, J. (2020). Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in older people from England and the United States: a cross-national population-based study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(5), 906-913. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz266>

ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES

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

Interrogée le 2022-05-10

#	Requête	Résultats
1	((((old or older or aged or ag?ing or retired) adj2 (adult? or people* or outpatient* or out-patient* or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)) or elders or elder* or geriatr* or gerontolog* or senior* or senescen* or retiree* or quinquagenarian* or sexagenarian* or septuagenarian* or octagenarian* or nonagenarian* or veteran*) and (inequit* or disparities or underserved or underrepresented or disadvantaged or depriv* or Inequalit* or Minorit* or Exclu* or marginali#e? or ethnic* or "hard* to reach" or socioeconomic* or "social isolation" or vulnerab*)).ti.	4 230
2	((((old or older or aged or ag?ing or retired) adj2 (adult? or people* or outpatient* or out-patient* or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)) or elders or elder* or geriatr* or gerontolog* or senior* or senescen* or retiree* or quinquagenarian* or sexagenarian* or septuagenarian* or octagenarian* or nonagenarian* or veteran*) adj5 (inequit* or disparities or underserved or underrepresented or disadvantaged or depriv* or Inequalit* or Minorit* or Exclu* or marginali#e? or ethnic* or "hard* to reach" or socioeconomic* or "social isolation" or vulnerab*)).ab,kf.	12 706
3	(exp *Aged/or *Middle Aged/) and (*Vulnerable Populations/or *Social Isolation/or *Socioeconomic Factors/)	391
4	1 or 2 or 3	15 670
5	((collaborat* or co-creat* or Reach or engag* or participat* or involv* or recruit* or retention or retain or enrol*) and (intervention* or advoca* or awareness or campaign* or educat* or evaluat* or initiative* or prevent* or promot* or "community based" or usability or assess* or communicat* or efficac* or program or programs or programme* or strateg*)).ti.	41 581
6	((collaborat* or co-creat* or Reach or engag* or participat* or involv* or recruit* or retention or retain or enrol*) adj10 (intervention* or advoca* or awareness or campaign* or educat* or evaluat* or initiative* or prevent* or promot* or "community based" or usability or assess* or communicat* or efficac* or program or programs or programme* or strateg*)).ab,kf.	513 958
7	5 or 6	534 591
8	4 and 7	1 222
9	..l/8 yr=2010-3000	948
10	9 and (french or english).lg.	935

Stratégie de recherche pour APA PsycInfo (Ovid)

Interrogée le 2022-05-10

#	Requête	Résultats
1	(((old or older or aged or ag?ing or retired) adj2 (adult? or people* or outpatient* or outpatient* or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)) or olders or elder* or geriatr* or gerontolog* or senior* or senescen* or retiree* or quinquagenarian* or sexagenarian* or septuagenarian* or octagenarian* or nonagenarian* or veteran*) and (inequit* or disparities or underserved or underrepresented or disadvantaged or depriv* or Inequalit* or Minorit* or Exclu* or marginali#e? or ethnic* or "hard* to reach" or socioeconomic* or "social isolation" or vulnerab*)).ti.	2 025
2	(((old or older or aged or ag?ing or retired) adj2 (adult? or people* or outpatient* or outpatient* or client* or person* or individual* or wom#n or man or men or age)) or olders or elder* or geriatr* or gerontolog* or senior* or senescen* or retiree* or quinquagenarian* or sexagenarian* or septuagenarian* or octagenarian* or nonagenarian* or veteran*) adj5 (inequit* or disparities or underserved or underrepresented or disadvantaged or depriv* or Inequalit* or Minorit* or Exclu* or marginali#e? or ethnic* or "hard* to reach" or socioeconomic* or "social isolation" or vulnerab*)).ab,id.	6 285
3	1 or 2	7 293
4	((collaborat* or co-creat* or Reach or engag* or participat* or involv* or recruit* or retention or retain or enrol*) and (intervention* or advoca* or awareness or campaign* or educat* or evaluat* or initiative* or prevent* or promot* or "community based" or usability or assess* or communicat* or efficac* or program or programs or programme* or strateg*)).ti.	24 577
5	((collaborat* or co-creat* or Reach or engag* or participat* or involv* or recruit* or retention or retain or enrol*) adj10 (intervention* or advoca* or awareness or campaign* or educat* or evaluat* or initiative* or prevent* or promot* or "community based" or usability or assess* or communicat* or efficac* or program or programs or programme* or strateg*)).ab,id.	268 036
6	4 or 5	274 190
7	3 and 6	668
8	../7 yr=2010-3000	487

Stratégie de recherche pour AgeLine; Health Policy Reference Center; Public Affairs Index;
SocINDEX with Full Text (EBSCO)

Interrogée le 2022-05-10

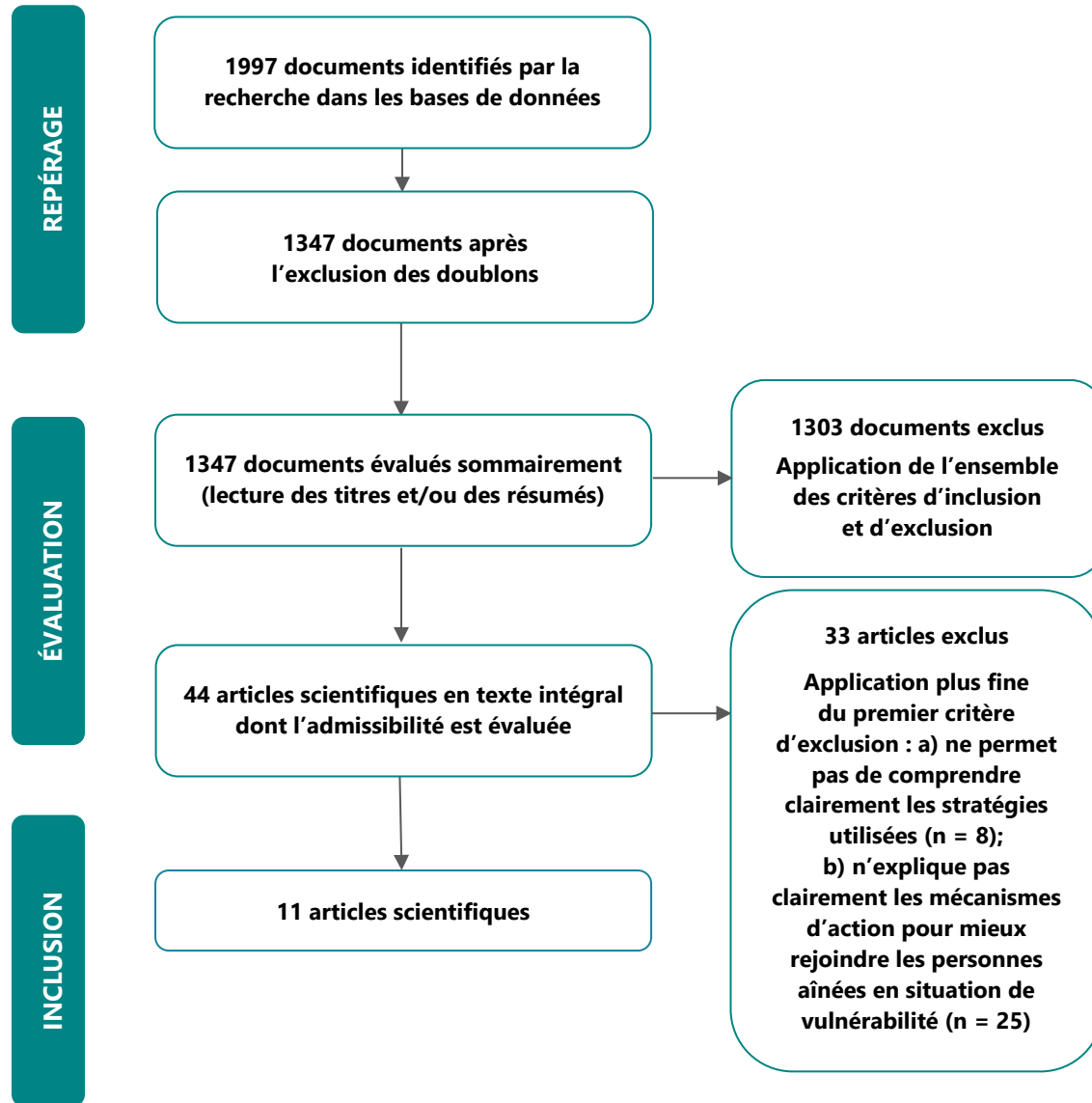
#	Requête	Résultats
S1	TI (((old OR older OR aged OR ag#ing OR retired) N2 (adult# OR people* OR outpatient* OR out-patient* OR client* OR person* OR individual* OR wom?n OR man OR men OR age)) OR elders OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR senior* OR senescen* OR retiree* OR quinquagenarian* OR sexagenarian* OR septuagenarian* OR octagenarian* OR nonagenarian* OR veteran*) AND (inequit* OR disparities OR underserved OR underrepresented OR disadvantaged OR depriv* OR Inequalit* OR Minorit* OR Exclu* OR marginali?e# OR ethnic* OR "hard* to reach" OR socioeconomic* OR "social isolation" OR vulnerab*))	4 344
S2	AB (((old OR older OR aged OR ag#ing OR retired) N2 (adult# OR people* OR outpatient* OR out-patient* OR client* OR person* OR individual* OR wom?n OR man OR men OR age)) OR elders OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR senior* OR senescen* OR retiree* OR quinquagenarian* OR sexagenarian* OR septuagenarian* OR octagenarian* OR nonagenarian* OR veteran*) N5 (inequit* OR disparities OR underserved OR underrepresented OR disadvantaged OR depriv* OR Inequalit* OR Minorit* OR Exclu* OR marginali?e# OR ethnic* OR "hard* to reach" OR socioeconomic* OR "social isolation" OR vulnerab*)) OR SU (((old OR older OR aged OR ag#ing OR retired) N2 (adult# OR people* OR outpatient* OR out-patient* OR client* OR person* OR individual* OR wom?n OR man OR men OR age)) OR elders OR elder* OR geriatr* OR gerontolog* OR senior* OR senescen* OR retiree* OR quinquagenarian* OR sexagenarian* OR septuagenarian* OR octagenarian* OR nonagenarian* OR veteran*) N5 (inequit* OR disparities OR underserved OR underrepresented OR disadvantaged OR depriv* OR Inequalit* OR Minorit* OR Exclu* OR marginali?e# OR ethnic* OR "hard* to reach" OR socioeconomic* OR "social isolation" OR vulnerab*))	12 952
S3	S1 OR S2	15 032
S4	TI ((collaborat* OR co-creat* OR Reach OR engag* OR participat* OR involv* OR recruit* OR retention OR retain OR enrol*) AND (intervention* OR advoca* OR awareness OR campaign* OR educat* OR evaluat* OR initiative* OR prevent* OR promot* OR "community based" OR usability OR assess* OR communicat* OR efficac* OR program OR programs OR programme* OR strateg*))	15 575
S5	AB ((collaborat* OR co-creat* OR Reach OR engag* OR participat* OR involv* OR recruit* OR retention OR retain OR enrol*) N10 (intervention* OR advoca* OR awareness OR campaign* OR educat* OR evaluat* OR initiative* OR prevent* OR promot* OR "community based" OR usability OR assess* OR communicat* OR efficac* OR program OR programs OR programme* OR strateg*)) OR SU ((collaborat* OR co-creat* OR Reach OR engag* OR participat* OR involv* OR recruit* OR retention OR retain OR enrol*) N10 (intervention* OR advoca* OR awareness OR campaign* OR educat* OR evaluat* OR initiative* OR prevent* OR promot* OR "community based" OR usability OR assess* OR communicat* OR efficac* OR program OR programs OR programme* OR strateg*))	175 369
S6	S4 OR S5	180 703
S7	S3 AND S6	1 406
S8	S7 AND (DT 2010-3000)	751
S9	S8 AND LA (french OR english)	510

Stratégie de recherche pour Érudit (Web erudit.org)

Interrogée le 2022-05-17

#	Requête	Résultats
Titre, résumé, mots-clés	(ainé* OR âgé* OR sénior* OR gériatr* OR "troisième âge" OR quinquagénaire* OR sexagénaire* OR septuagénaire* OR octogénaire* OR nonagénaire* OR vétéran*)	ET
Titre, résumé, mots-clés	(inéquit* OR disparit* OR défavoris* OR désavantag* OR Inéqualit* OR Minorit* OR Exclu* OR marginalisé* OR ethnic* OR "difficile à atteindre" OR socioéconomique* OR "isolation sociale" OR vulnérab*)	ET
Titre, résumé, mots-clés	(collaborat* OR co-créat* OR Atteindre OR engagem* OR participat* OR impliqu* OR recrut* OR reten* OR adhésion*)	ET
Titre, résumé, mots-clés	(intervention* OR plaido* OR sensibilis* OR campagn* OR éducat* OR évaluat* OR initiative* OR prévent* OR promot* OR communaut* OR utilisat* OR communicat* OR efficac* OR program* OR stratég*)	ET
Publié de 2010 à 2022		ET
Types de publication	Article	ET
Fonds	Érudit, UNB	ET
Résultats trouvés pour la requête		65

ANNEXE 2 DÉTAIL DU PROCESSUS DE SÉLECTION DES ARTICLES RETENUS POUR L'ANALYSE



Traduit et adapté du [PRISMA 2009 Flow Diagram](#)

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca