

Cahier de recherche MADA Québec

**Vieillesse, prévention et inégalités sociales de santé:
Réflexion critique sur les nouvelles stratégies impliquant le monde municipal**



Rapport-synthèse présentant certaines dimensions-clés de la thèse de doctorat en
gérontologie de Mélisa Audet PhD

Résumé par Mélisa Audet, PhD, Coordonnatrice au transfert de connaissances et aux partenariats

Centre de recherche sur le vieillissement et Laboratoire d'innovations par et pour les aînés (LIPPA)

**« Inégalités sociales de santé et pratiques préventives de femmes ménopausées
considérées en surpoids : l'influence des conditions d'existence »**

Janvier 2017



Mise en contexte

L'étude dont il sera question dans le cadre de ce rapport a été réalisée au Centre de recherche sur le vieillissement par une étudiante au doctorat en gérontologie à l'Université de Sherbrooke. S'intéressant au discours de santé préventive dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation de la prévalence de l'obésité au sein des sociétés occidentales, sa thèse poursuivait trois objectifs spécifiques, soit: 1) mieux comprendre la variation sociale du rapport à la santé préventive chez des femmes vieillissantes considérées en surpoids de différentes classes socioéconomiques, 2) examiner plus en profondeur le rapport au discours préventif et les pratiques de santé des femmes vieillissantes en surpoids de milieu défavorisé et, 3) amorcer une réflexion critique à propos d'un récent virage en santé préventive au Québec faisant la promotion du développement d'environnements favorables à la santé afin de cerner certains enjeux liés aux inégalités sociales de santé chez les adultes vieillissants.

Dans la poursuite du troisième objectif de cette thèse, un examen de données issues des démarches Municipalités amies des aînées (MADA) fut réalisé. Cette analyse permit de dégager de nouveaux constats et différentes perspectives relatives à l'interface entre le discours de santé préventive actuel orienté vers les saines habitudes de vie et la diversité des expériences du vieillissement. Ce présent rapport-synthèse se veut ainsi la présentation résumée de dimensions-clés de cette thèse de doctorat intitulée ***Inégalités sociales de santé et pratiques préventives de femmes ménopausées considérées en surpoids : l'influence des conditions d'existence***, cela en mettant l'accent sur les aspects relatifs au troisième objectif poursuivi dans le cadre de la démarche scientifique. Une présentation de la problématique générale ciblée permettra d'énoncer les objectifs et la méthodologie de l'étude déployée, pour en arriver à présenter les principaux résultats ainsi que les enjeux et perspectives en découlant.

Problématique

Comme jamais auparavant en occident, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence de l'obésité retiennent l'attention des autorités de santé publique. On se préoccupe notamment des liens bien établis entre ceux-ci et le développement de maladies chroniques (WHO, 2015); ces conditions étant désormais reconnues comme principales causes de mortalité et morbidité au pays.

Face à ces constats, divers consensus sanitaires nationaux et internationaux recommandent aujourd'hui d'investir dans la prévention et la promotion de pratiques associées à un vieillissement en santé – la pratique régulière d'activité physique, l'alimentation saine et le contrôle du poids – aujourd'hui reconnues sous l'appellation « saines habitudes de vie » (Gouvernement du Québec, 2015; OMS, 2008). Au Québec, la prévention des maladies chroniques par la promotion des saines habitudes de vie fait maintenant partie intégrante d'un discours bien implanté et reconnu lorsqu'il est question du bien vieillir (Blanchet, 2014).

L'efficacité de ce discours préventif auprès de la population repose sur diverses prémisses théoriques soutenues par les autorités en santé. Premièrement, celui-ci soutient que la santé préventive est considérée comme une priorité par la population. On suppose que, s'ils sont bien informés en matière de santé, les individus et groupes sociaux choisiront de prioriser le développement d'un mode de vie sain afin d'éviter la maladie et l'incapacité (ASPC, 2010). Une deuxième prémisse retient aussi l'attention. Comme le stipule la déclaration canadienne *Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité*, la santé préventive est souvent présentée comme une priorité et une responsabilité: « la prévention des maladies... [est] l'affaire de tous » (ASPC, 2010). Dans le même sens, au Québec, les autorités sanitaires identifient les aînés comme des acteurs responsables et en contrôle de leur santé : « [...] la majorité des personnes âgées sont sensibilisées à la prévention et se sentent responsables de leur santé » (Gouvernement du Québec, 2015 : 21)



Or, œuvrer en santé préventive force les intervenants de santé à constater que la prévention dans le contexte de vieillissement comporte divers enjeux allant bien au-delà des changements comportementaux et physiologiques espérés (Guillemin, 2000). Le contexte social, culturel et économique au sein duquel les aînés évoluent constitue un facteur qui influencera à la fois l'expérience du vieillissement, le rapport à la santé que la prévention (Affenito & Kerstetter, 1999). En effet, les liens existant entre les conditions d'existence et la santé des individus sont aujourd'hui bien établis (Aiach & Baumann, 2010; Fang et al., 2009; Frohlich et al., 2008; INSPQ, 2008; Pampalon, Hamel, & Gamache, 2008, 2009; Pampel, Krueger, & Denney, 2010; Putland, Baum, & Ziersch, 2011). Des disparités importantes sont rapportées entre la santé des individus mieux et moins bien nantis de notre société. Ces disparités sont reconnues sous l'appellation « inégalités sociales de santé » (Pampalon et al., 2008, 2009). Il est d'ailleurs bien démontré qu'une part des inégalités sociales de santé s'explique

par des différences sur le plan des habitudes de vie (Marmot, 2004; Stringhini et al., 2010). Ce constat supporte l'idée selon laquelle les pratiques de santé sont façonnées par les conditions de vie (matérielles, culturelles et sociales), plutôt que le seul produit d'un calcul rationnel basé sur des volontés individuelles (Bourdieu, 1979).

Malgré la reconnaissance croissante de l'importance des facteurs sociaux sur la santé et le mode de vie, les modèles de prise en charge et de responsabilité individuelle continuent de dominer en prévention (Fishbein et al., 2001; Prochaska & DiClemente, 1992; Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998). Néanmoins, l'examen des plus récents documents de santé publique témoigne de l'amorce d'un virage en santé préventive qui se doit aujourd'hui d'être pris en compte. Les instances québécoises de santé accordent désormais une place de plus en plus importante aux milieux de vie et à l'environnement en tant que déterminants influençant le développement des pratiques reconnues comme favorables à la santé (Paquin &



Laurin, 2016 ; Gouvernement du Québec, 2015; INSPQ, 2015; Le Bodo et al., 2016). Dans ce contexte, les municipalités sont maintenant appelées à jouer un rôle grandissant en prévention par le biais du développement d'environnements favorables à la santé. Ainsi, des programmes bien implantés dans le milieu municipal tels que « Villes et villages en santé » et « Municipalité amie des aînés » (MADA) (Gouvernement du Québec, 2012) sont désormais interpellés au sein de dynamiques locales de concertation visant l'amélioration de la santé de la population par le biais du mode de vie.

Ces orientations nouvelles, proposant d'ajouter aux approches individuelles de promotion de la santé des stratégies environnementales en impliquant le monde municipal, peuvent sembler a priori positives puisqu'elles semblent réduire la pression qui incombe aux individus de prendre en charge leur santé. Toutefois, celles-ci soulèvent de nouveaux questionnements relatifs à leur impact sur la santé et le bien-être des adultes vieillissants, notamment chez des aînés moins bien nantis.

À la lumière des constats précédents, il s'avère ainsi nécessaire, dans une perspective de santé publique, de mieux comprendre certains enjeux liés à la prévention dans un contexte de vieillissement. Plus spécifiquement, sur la base des changements d'orientation récemment initiés en santé préventive, il est important d'amorcer une démarche réflexive sur les enjeux liés à la promotion d'environnements favorables à la santé et à la responsabilisation des municipalités afin de cerner leurs impacts potentiels sur la santé et le bien-être des adultes vieillissants. Ces initiatives soulèvent des questionnements relatifs au bien-être des adultes vieillissants et aux inégalités sociales de santé. Il est ainsi fort pertinent de s'intéresser à ce virage dans son amorce afin de soutenir les transformations qui en découleront pour que celles-ci soient les plus favorables possibles au bien-être de tous les aînés.



Objectif de recherche

Amorcer une réflexion critique à propos du récent virage en santé préventive au Québec faisant la promotion des saines habitudes de vie et du développement d'environnements favorables à la santé afin de cerner certains enjeux liés aux inégalités sociales de santé chez les adultes vieillissants.

Méthodologie

Dans le cadre de cette étude, la réflexion critique proposée repose sur la mise en dialogue des résultats de deux projets de recherche distincts réalisés au Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke. Cette analyse visait notamment à confronter les résultats de ces deux études à deux prémisses faisant partie des fondements du discours préventif axé sur la promotion des saines habitudes de vie.

Ces prémisses sont les suivantes :

- 1) La prévention des maladies chroniques par le biais de la promotion des saines habitudes de vie et des environnements

favorables à la santé constitue une priorité;

- 2) Les individus et les communautés sont responsables et en contrôle des déterminants reliés à la santé préventive.

Voici, présenté de façon synthétique, un résumé des deux études ciblées :

ÉTUDE 1

La première étude examine l'influence des discours de santé préventive selon une perspective individuelle chez un sous-groupe de femmes âgées de milieu défavorisé. Des entrevues semi-dirigées de 90 minutes ont permis d'analyser les trajectoires biographiques de 20 femmes vieillissantes (âge : $59,9 \pm 3,0$ ans) québécoises et francophones. Une combinaison de critères a été utilisée afin de cibler des femmes socioéconomiquement défavorisées: le niveau de scolarité, la trajectoire professionnelle, la nécessité d'avoir recours à de l'aide financière et le niveau de défavorisation matérielle et sociale du lieu de résidence (Gouvernement du Québec, 2006). Les entrevues ciblaient



quatre thématiques principales permettant de mieux comprendre les liens existants entre les conditions de vie et les pratiques de santé: 1) caractéristiques de l'environnement socioéconomique et culturel; 2) perception des ressources matérielles, humaines et sociales liées aux pratiques de santé préventives; 3) priorité accordée à la santé et à la prévention; et 4) influence des discours préventifs sur les pratiques de santé.

ÉTUDE 2

La deuxième étude proposait un devis de recherche évaluative (Patton, 2002) dont le but était de comprendre comment le programme MADA au Québec (Gouvernement du Québec, 2009) génère des retombées sur les déterminants sociaux de la santé des aînés et sur la réduction des inégalités sociales de santé. La démarche MADA suit une logique de programmation (Garon *et al.*, 2015) en trois étapes : 1) un diagnostic social composé principalement d'une consultation des aînés afin d'identifier leurs besoins dans la communauté, 2) un plan d'action

développé en collaboration avec l'administration municipale et les partenaires locaux et 3) une mise en œuvre qui met l'accent sur les pratiques de collaboration intersectorielle (Garon *et al.*, 2014). Un comité de pilotage encadre chacune des étapes de la démarche MADA¹ et le plan d'action élaboré découle d'une consultation publique auprès des aînés dans la perspective de refléter leurs besoins ainsi que la capacité d'agir collective.

L'étude évaluative s'est appliquée à répondre à trois objectifs de recherche : 1) décrire les différentes dimensions du développement des communautés au sein des MADA, 2) comprendre comment les démarches contribuent aux interventions en promotion de la santé des aînés en termes de déterminants sociaux et 3) consolider les actions des MADA par le développement d'outils d'intervention collective et d'évaluation des démarches quant à leurs effets sur les déterminants sociaux de la santé. Cette évaluation s'est réalisée dans quatre

¹ Les comités de pilotage MADA sont constitués des acteurs suivants : citoyens aînés, élu municipal et représentants des regroupements suivants : CISSS, services municipaux, organismes communautaires et associations d'aînés



municipalités de la Montérégie : le cas A – un essaim de sept villages autour d’une municipalité centre, le cas B – grande ville au Québec, le cas C – une municipalité de taille moyenne en banlieue de Montréal et le cas D – une municipalité en milieu rural. Six stratégies de collecte des données ont été utilisées : 17 entretiens individuels, 8 entretiens de groupe, 10 observations directes, 38 questionnaires de collaboration et 37 questionnaires de réseautage.

Résultats : de nouvelles perspectives

Comme le résume le tableau 1, la mise en dialogue des résultats des deux études et leur confrontation avec les deux prémisses du discours préventif actuel témoignent d’incompatibilités significatives. Voyons celles-ci plus en détails pour chaque prémisses retenues.

La santé préventive constitue-t-elle une priorité ?

Premièrement, lorsqu’il est question de la prémisses selon laquelle la santé préventive constitue une priorité pour les aînés, les résultats de l’étude sur

l’expérience individuelle des discours préventifs montrent que la santé préventive et l’adoption de saines habitudes de vie ne sont pas identifiées comme prioritaires par les femmes ayant été rencontrées. Pour ces femmes de faible statut socioéconomique, la précarité des conditions de vie semble plutôt avoir façonné une priorisation de l’investissement dans l’immédiat. Selon nos constats, la priorité est plutôt accordée à la recherche de stabilité financière, à la satisfaction des besoins de base, à la dimension psychosociale de la santé et aux urgences du quotidien. Ce qui corrobore les résultats d’études antérieures. En ce qui concerne les démarches municipales, l’étude des démarches MADA des quatre cas ciblés met elle aussi en lumière des tensions entre les priorités exprimées par les aînés et les orientations normatives reliées aux saines habitudes de vie retenues aux plans d’action MADA. Bien que nos données témoignent d’efforts actuellement déployés par les institutions de santé publique dans le but de sensibiliser l’administration municipale et les élus à partir de données probantes

Tableau 1. Synthèse des expériences individuelles et démarches municipales en rapport au discours de santé préventive

<p style="text-align: center;">Étude 1</p> <p style="text-align: center;">Expériences de 20 femmes vieillissantes de milieux défavorisés en Estrie</p>	<p style="text-align: center;">Étude 2</p> <p style="text-align: center;">Quatre démarches MADA en Montérégie</p>
<p><i>Prémisse 1 : La santé préventive est une priorité</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Priorité accordée à la satisfaction des besoins de base et aux urgences du quotidien ; ● Importance accrue à la dimension psychosociale de la santé ; ● Dépriorisation du maintien de la santé à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peu d'actions concrètes développées en lien avec les saines habitudes de vie au sein des MADA malgré les efforts de sensibilisation de la santé publique ; ● Priorité accordée à la communication et l'information, les espaces extérieurs et bâtiments, de même qu'à la participation sociale
<p><i>Prémisse 2 : Les individus et collectivités sont responsables et en contrôle de la santé préventive</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Impuissance et fatalisme devant la maladie et le développement de saines habitudes de vie ; ● Perception que la santé et les habitudes de vie sont contingentes à des facteurs extérieurs ; ● Acceptation de soi, de sa santé et des conditions de vie dans une perspective de préservation de la dignité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsabilisation grandissante face à la santé préventive des aînés entre les acteurs des MADA ; ● L'investissement en actions concrètes liées aux SHV est fortement tributaire de l'intersectorialité et des ressources du milieu

liées aux saines habitudes de vie, l'étude des démarches MADA révèle bien peu d'actions concrètes développées en lien avec les saines habitudes de vie. La priorité est plutôt accordée à la communication et l'information, aux espaces extérieurs et aux bâtiments, de même qu'à la participation sociale.

Les aînés se considèrent-ils responsables et en contrôle de leur santé préventive ?

Lorsqu'il est question de la responsabilité individuelle liée à la santé préventive, les analyses effectuées révèlent chez plusieurs participantes socioéconomiquement défavorisées un manque de contrôle et de confiance en



leur capacité de prendre en charge leur santé par le biais d'habitudes de vie plus saines. Devant ce manque de contrôle sur leurs conditions de vie, plusieurs ont exprimé une attitude de résignation orientée vers l'acceptation de soi, de leur santé et de la vie comme elle vient. Sur le plan collectif, selon la perspective municipale, certains constats s'avèrent similaires. Les données collectées dans les quatre cas MADA étudiés révèle que la question de la responsabilité municipale liée à la santé préventive des aînés dépend de la variabilité de deux importantes dimensions à la démarche : la collaboration intersectorielle et les ressources disponibles.

Enjeux et perspectives

Globalement, les résultats de cette étude mettent en lumière des incompatibilités significatives entre les messages de santé préventive actuels orientés vers la promotion des saines habitudes de vie, les expériences individuelles d'aînés socioéconomiquement défavorisés et les démarches municipales MADA. Ces écarts nous amènent à questionner sous différents angles les stratégies

préventives actuelles et leur influence relative à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de tous les aînés. Bien que nous constatons au sein des deux études qu'il est généralement admis que les saines habitudes de vie sont des vecteurs positifs sur la santé par les adultes vieillissants, la mise en place de stratégies concrètes favorisant le développement d'un mode de vie sain demeure un enjeu. L'intégration des saines habitudes de vie semble surtout tributaire des ressources disponibles, cela tant sur un plan individuel qu'au plan des démarches collectives à l'échelle municipale.

L'écart présenté entre les prémisses de santé préventive et l'expérience de femmes vieillissantes socioéconomiquement défavorisées nous aide à mieux comprendre la persistance des inégalités sociales de santé liées aux saines habitudes de vie ainsi que la prévalence accrue de maladies chroniques chez les aînés québécois de milieux défavorisés. Selon ces constats, les nouvelles initiatives de santé publique proposant une combinaison d'approches individuelles, collectives et



environnementales peuvent apparaître prometteuses sur le plan des pratiques préventives. La responsabilisation accrue des municipalités et la reconnaissance de l'environnement comme un facteur déterminant des saines habitudes de vie semblent a priori réduire la pression qui incombe à l'aîné de prendre en charge son état de santé. Or, les observations issues des quatre cas MADA suggèrent que ce nouveau virage de santé publique soulève certains questionnements. Voici quatre enjeux se dégageant de nos analyses :

- **1^e enjeu : La place accordée à la santé préventive dans la hiérarchie des priorités chez les aînés, malgré la promotion généralisée des saines habitudes de vie.** Tant sur le plan de l'expérience individuelle que dans le cadre des démarches MADA, nos résultats attestent que les saines habitudes de vie ne se retrouvent pas au sommet de la hiérarchie des priorités identifiées par les aînés lorsqu'il est question de leur bien-être, et ce, malgré une sensibilisation à la prévention par

différents organismes de santé publique.

- **2^e enjeu : L'effet pervers de la normalisation et de la valorisation des messages préventifs de la santé publique pour les individus et les municipalités.** Plusieurs auteurs en sciences sociales dénoncent certains effets négatifs des stratégies préventives sur le bien-être des individus, notamment les adultes vieillissants (Otto, 2013; Massé, 2009). En exerçant une pression sur les individus de se conformer aux standards de santé socialement valorisés, cette stratégie de santé tend à détourner l'attention des besoins réels tels que vécus par ceux-ci et contribue au désinvestissement envers d'autres déterminants sociaux de la santé. Ce changement de perspective lorsqu'il est question de la santé des aînés peut ainsi compromettre la rencontre de leurs besoins spécifiques et variés. Au Québec, la responsabilité des saines habitudes de vie au sein des municipalités est du ressort de la direction des loisirs



et de la vie communautaire. Cette direction a cette particularité d'être la seule à soutenir des liens sociaux avec la communauté. Il est possible d'envisager que la force du discours préventif au travers des saines habitudes de vie en vienne à fragiliser les interventions sociales et communautaires sur d'autres sphères en accordant une place accrue au sport et à l'activité physique.

- **3^e enjeu : l'usage des indicateurs globaux actuels liés aux saines habitudes de vie.** L'évaluation des saines habitudes de vie repose généralement sur l'usage d'indicateurs globaux ne permettant généralement pas d'identifier l'ampleur des inégalités sociales de santé liées à celles-ci, ni les besoins spécifiques des groupes plus vulnérables. Ces outils pourraient plutôt tendre à dissimuler les inégalités de santé entre les sous-groupes au sein d'une même municipalité. Les acteurs interrogés dans le cadre de l'étude sur les MADA confirment tous leurs

préoccupations quant à la difficulté de rejoindre les aînés les plus vulnérables et isolés de leur milieu. C'est un enjeu important aux yeux de ces acteurs engagés dans MADA, mais il est possible qu'une approche axée sur les saines habitudes de vie fasse bien peu pour améliorer la santé de ces aînés les plus vulnérables.

- **4^e enjeu : La disponibilité et la mobilisation des ressources matérielles, humaines et financières : un déterminant crucial de la prise en charge de la santé préventive des aînés.** Nos données révèlent que, tant sur le plan individuel que collectif, la disponibilité des ressources est un facteur crucial au développement de stratégies préventives. Or, au Québec, la répartition des ressources entre les municipalités et les régions est inégale (Proulx, 2011). Cette variation entre les municipalités joue sur plusieurs aspects du développement. Par exemple, certaines collectivités ont une culture de collaboration



intersectorielle importante combinée avec un réel engagement politique, tandis que d'autres profitent d'environnements naturels ou bâtis favorables au développement des saines habitudes de vie. À l'heure actuelle, rien ne laisse croire que les interventions en santé publique tiennent réellement compte des différences entre les municipalités. Si cela est tel, il se profile alors un risque de perpétuer des inégalités de santé. Transférer une part de la responsabilité de la santé préventive aux municipalités sans prendre en considération les ressources dont elles disposent risque d'accentuer les inégalités sociales au sein des municipalités, mais aussi entre elles.

Comment favoriser le bien-être et la santé des aînés dans un tel contexte ?

La réponse à cette question réside peut-être dans l'affirmation du spécialiste en épidémiologie sociale, Michael Marmot (2015 : 236) « [Individuals] do not want an outside expert telling them what to do. [Their] values should determine their

goals ». À cet égard, le programme MADA adopte deux stratégies pouvant interpeller les enjeux mentionnés précédemment. Dans un premier temps, il permet aux aînés de s'investir activement autour de priorités et d'enjeux collectifs qui sont les leurs, cela tant sur le plan local que régional (Garon *et al.*, 2013). L'approche du développement des communautés qu le programme MADA soutient met l'accent sur la participation des individus dans l'élaboration et l'implantation, mais aussi à la collaboration intersectorielle afin d'intervenir de manière globale au sein de la municipalité. Dans un deuxième temps, cette approche met aussi à contribution les savoirs expérientiels et les envisage comme complémentaires aux savoirs scientifiques pour co-construire de nouvelles stratégies visant la santé et le bien-être des populations (Carrier *et al.*, 2013). Ces stratégies pourraient constituer des véhicules intéressants lorsqu'il est question d'inégalités sociales de santé puisqu'elles valorisent les forces plutôt que de mettre l'accent sur les vulnérabilités de sous-



groupes considérés déjà fragilisés sur le plan de leur santé.

Plusieurs pratiques actuelles de la santé publique en lien avec les saines habitudes de vie ne découlent pas directement des besoins tels qu'identifiés par les aînés eux-mêmes, mais proviennent de priorités institutionnelles établies suite à des recherches scientifiques démontrant le lien entre les maladies chroniques et le mode de vie (ASPC, 2010, Gouvernement du Québec, 2015). Afin de promouvoir la santé des aînés, il serait crucial que les instances de santé publique, de même que le réseau de services sociaux et de santé en général, travaillent davantage de concert avec les populations vieillissantes des différents groupes socioéconomiques afin de développer une meilleure compréhension de leur hiérarchie des priorités et du contexte socioculturel dans lequel ils évoluent. Les résultats présentés dans cette étude font écho aux propos de différents chercheurs intéressés aux inégalités sociales de santé, ceux-ci affirmant que la perception de contrôle sur son destin est un facteur crucial à promouvoir lorsqu'il est question

d'améliorer la santé et le bien-être par le biais de stratégies préventives (Muhammad et al., 2015; Syme, 2004). De plus en plus d'initiatives valorisent la prise en compte des valeurs, besoins et visions du monde des communautés afin de favoriser leur prise de pouvoir dans les processus favorisant leur bien-être (Carrier et al., 2013; Marmot, 2015; Muhammad et al., 2015; Syme, 2004). Différents exemples récents de projets participatifs basés dans la communauté orientés vers des objectifs de santé publique tels que la prévention de l'obésité (Berge et al., 2016), les inégalités sociales de santé (Townsend et al., 2015) et la promotion de la santé (Galla et al., 2015) peuvent servir d'inspiration. De plus, l'expérience du programme MADA illustre bien qu'à partir d'un plan d'action commun et fondé sur les besoins réels des aînés, le décloisonnement des silos traditionnels entre les différents secteurs est possible, et ce, au bénéfice des aînés (Garon *et al.*, 2015). Ce pas s'avère déterminant dans le développement de stratégies de santé équitables prenant en considération les besoins et priorités de santé de ces derniers.



Finalement nos résultats soulignent à quel point il est crucial que les représentants des structures influentes en matière de santé préventive soient des agents proactifs, sensibilisés et mieux outillés en matière d'inégalités sociales de santé. Pour ce faire, les notions théoriques reliées aux déterminants sociaux de la santé, notamment l'influence des conditions d'existence matérielles, sociales et culturelles, de la position sociale et des discours dominants sur le mode de vie et la santé se doivent d'être partie intégrante des cursus de formation universitaire des professionnels de la santé intervenant en prévention (kinésologue, nutritionniste, infirmière, médecin, travailleur sociaux). Cette recommandation va de concert avec celle du sociologue Göran Therborn (2012) proposant de favoriser un plus grand humanisme professionnel dans les programmes de formation en santé publique afin de réduire la distance culturelle entre ces derniers et la réalité telle que vécue par les citoyens.

Conclusion de la thèse

La persistance des inégalités sociales de santé liées à la prévention chez différents groupes sociaux confirme la nécessité d'investir davantage d'efforts et d'énergie à mieux cerner l'influence des facteurs socioéconomiques et culturels en santé préventive. Cette démarche de recherche initiant une réflexion sur le virage s'opérant actuellement en santé préventive au Québec a permis de faire ressortir différents enjeux relatifs aux inégalités sociales de santé chez les aînés, notamment en lien avec les nouvelles visées en développement d'environnements favorables à la santé. Ces enjeux soulignent l'incompatibilité du discours préventif actuel avec la réalité de certains sous-groupes d'individus, notamment ceux étant plus défavorisés, et soulèvent de nouveaux questionnements interpellant maintenant tant le milieu municipal que celui de la santé.

En somme, nos conclusions soulignent l'importance d'initier différentes démarches concertées afin d'agir concrètement, de concert avec les



communautés, à la réduction des écarts de santé entre les mieux et moins bien nantis de notre société. La position adoptée dans le cadre de cette démarche de recherche face aux stratégies préventives actuelles repose sur l'intention, non pas de simplement

dénoncer l'inefficacité de nos façons de faire, mais plutôt celle d'alimenter des réflexions collectives constructives afin de faire évoluer nos approches et ainsi mieux contribuer au bien-être de l'ensemble de la population.

Bibliographie

- Affenito, S. G., & Kerstetter, J. (1999). Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: women's health and nutrition. *Journal American Dietitians Association*, 99(6), 738-751.
- Aiach, P., & Baumann, M. (2010). [Prevention and reduction of health inequities: a difficult conciliation]. *Global Health Promotion*, 17(1), 95-98. doi: 10.1177/1757975909356639
- ASPC - Agence de la santé publique du Canada. (2010). Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité. Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain. [En ligne]. Consulté le 2015-10-19: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php>
- Berge, J. M., Jin, S. W., Hanson, C., Doty, J., Jagaraj, K., Braaten, K., & Doherty, W. J. (2016). Play it forward! A community-based participatory research approach to childhood obesity prevention. *Families Systems & Health*, 34(1), 15-30. doi: 10.1037/fsh0000116
- Blanchet, C. (2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Carrier, S., Morin, P., Garon, S., Lambert, A., Gerber, L., & Beaudoin, M.-P. (2013). *Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*. Écosse: Governance International.
- Cazale, L., & Dumitru, V. (2008). *Les maladies chroniques au Québec: quelques faits marquants*. Institut national de la santé publique du Québec.



- Fang, R., Kmetc, A., Millar, J., & Drasic, L. (2009). Disparities in chronic disease among Canada's low-income populations. *Preventing Chronic Diseases, 6*(4), A115. doi: A115 [pii]
- Fishbein, M., Hennessy, M., Kamb, M., Bolan, G. A., Hoxworth, T., latesta, M., . . . Project Respect Study, G. (2001). Using intervention theory to model factors influencing behavior change. Project RESPECT. *Evaluation & the Health Professions, 24*(4), 363-384.
- Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., & Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Galla, B. M., O'Reilly, G. A., Kitil, M. J., Smalley, S. L., & Black, D. S. (2015). Community-Based Mindfulness Program for Disease Prevention and Health Promotion: Targeting Stress Reduction. *American Journal of Health Promotion, 30*(1), 36-41. doi: 10.4278/ajhp.131107-QUAN-567
- Garon, S., Beaulieu, M., Paris, M., Veil, A., Laliberté, A.,(2013). La démarche 'Villes-amies des aînés au Québec' : l'importance de la participation de l'ensemble des acteurs, *Revista Kairos Gerontologia, 15, 6* : 157-175.
- Garon, S., Paris, M., Beaulieu, M., Veil, A., & Laliberte, A. (2014). Collaborative partnership in age-friendly cities: two case studies from Quebec, Canada. *Journal of Aging & Social Policy, 26*(1-2), 73-87. doi: 10.1080/08959420.2014.854583
- Garon, S., Paris, M., Veil, A., Beaulieu, M., & Laliberté, A. (2015). Villes amies des aînés au Québec. In J.-P. V. Durandal (Ed.), *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés* (pp. 183-205). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2006). Cartographie: Variations canadiennes de l'indice de défavorisation matérielle et sociale en 2006. [En ligne]. Consulté le 2016-06-01: http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=20061
- Gouvernement du Québec. (2009). Favoriser le vieillissement actif du Québec. Québec, Secrétariat de la famille et des aînés.
- Gouvernement du Québec. (2012). Programme de soutien à la démarche MADA. Québec: Secrétariat de la famille et des aînés.
- Gouvernement du Québec. (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.
- Guillemin, M. (2000). Working Practices of the Menopause Clinic. *Science, Technology, & Human Values, 25*(4), 449-471.



- INSPQ - Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Santé: pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et e perpétuent*. Gouvernement du Québec.
- INSPQ - Institut national de santé publique du Québec. (2015). Favoriser les interventions sur les saines habitudes de vie en milieu municipal : besoins des professionnels de la santé publique: Gouvernement du Québec.
- Le Bodo, Y., Blouin, C., Dumas, N., De Wals, P., & Laguë, J. (2016). *Comment faire mieux ? L'Expérience québécoise en promotion des saines habitudes de vie et en prévention de l'obésité*. Institut national de la santé publique du Québec.
- Marmot, M. (2015). The health gap: the challenge of an unequal world. *Lancet*, 386(10011), 2442-2444. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00150-6
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: Holt.
- Massé, R. (2009). Santé publique: enjeux éthiques et balises pour une ethnoéthique de la promotion de la santé. In H. S. Yaya (Ed.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques* (pp. 59-80). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Muhammad, M., Wallerstein, N., Sussman, A. L., Avila, M., Belone, L., & Duran, B. (2015). Reflections on researcher identity and power: The Impact of positionality on community based participatory research (CBPR) processes and outcomes. . *Critical Sociology*, 41(7-8), 1045-1063.
- OMS. (2008). *Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2008a). Évolution de la mortalité prématurée au Québec selon la défavorisation matérielle et sociale. In K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers & P. Bernard (Eds.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (pp. 13-35): Presses de l'Université de Montréal.
- Pampalon, R., Hamel, D., & Gamache, P. (2009). A comparison of individual and area-based socio-economic data for monitoring social inequalities in health. *Health Reports*, 20(4), 85-94.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T., 36, 349. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual review of sociology*, 36, 349–370. doi: doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102529
- Paquin, S. & Laurin, M. (2016). *Guide sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie (SHV) dans les municipalités*: Direction régionale de santé publique



- du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie, Québec en Forme.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods, 3rd Edition*: Sage Publications.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification, 28*, 183-218.
- Putland, C., Baum, F. E., & Ziersch, A. M. (2011). From causes to solutions--insights from lay knowledge about health inequalities. *BMC Public Health, 11*, 67. doi: 10.1186/1471-2458-11-67
- Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA, 303*(12), 1159-1166. doi: 10.1001/jama.2010.297
- Syme, L. (2004). Social determinants of health: the community as an empowered partner. *Preventing Chronic Diseases, 1*(1), A02.
- Therborn, G. (2012). The killing fields of inequality. *International Journal of Health Services, 42*(4), 579-589.
- Townsend, C. K. M., Dillard, A., Hosoda, K. K., Maskarinec, G. G., Maunakea, A. K., Yoshimura, S. R. C., . . . Kaholokula, J. K. (2015). Community-based participatory research integrates behavioral and biological research to achieve health equity for Native Hawaiians. *International journal of environmental research and public health, 13*(1), 4. doi: doi:10.3390/ijerph13010004
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*(3), 290-299.
- WHO. (2015). Noncommunicable diseases Fact sheet [En ligne]. Consulté le 2015-12-22:

