

Table des matières

PARTIE A — CONTEXTE DE LA RECHERCHE	3
<i>Avant-propos</i>	3
Problématique	4
Le programme Vieillir en santé	4
Fondements du programme	5
Les résidences privées pour aînés	7
PARTIE B — MÉTHODOLOGIE	7
Approche générale	7
Phase 1. Optimisation du programme	8
Phase 2. Développement de plans d’implantation adaptés aux réalités des RPA	9
Phase 3. Évaluation réaliste des facteurs influençant l’efficacité du programme	10
PARTIE C — PRINCIPAUX RÉSULTATS	12
Phase 1. Optimisation du programme Vieillir en Santé	12
Phase 2. Développement de plans d’implantation adaptés aux réalités des RPA	16
Phase 3. Évaluation réaliste des facteurs influençant l’efficacité du programme	20
PARTIE D ET E — PISTES DE SOLUTION, DE RECHERCHE OU D’ACTIONS SOUTENUES PAR LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	24
I. Étude à large échelle pour évaluer l’efficacité du programme Vieillir en Santé amélioré (version 2.0)	25
II. Améliorations au programme Vieillir en Santé (version 2.0)	26
III. Développer une banque de données sur la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes de plus de 65 ans résidant en communauté	27
IV. Évaluer de manière quantitative les connaissances sur les habitudes de vie pour vieillir en santé	28
V. Préparation à la décision partagée	28
ANNEXE 1. RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE 2. MODÈLE LOGIQUE INITIAL POUR LA PHASE 3A	36

ANNEXE 3. RÉSULTATS DE LA PHASE 1A POUR DÉCRIRE LES PERSPECTIVES DES PERSONNES ÂÎNÉES SUR LE PROGRAMME	37
ANNEXE 4. RÉSULTATS DE LA PHASE 1B POUR DÉCRIRE LES PERSPECTIVES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET INTERVENANTS DES MILIEUX COMMUNAUTAIRES SUR LE PROGRAMME	50
ANNEXE 5. LIST DES COMMUNICATIONS ISSUES DES TRAVAUX DÉCRITS DANS CE RAPPORT	65
ANNEXE 6. RÉSULTAT DE LA PHASE 2 POUR DÉCRIRE LES RPAS ET OPTIMISER LE PLAN D'IMPLANTATION DU PROGRAMME	67
ANNEXE 7. RÉSULTATS DE LA PHASE 3 D'ÉVALUATION RÉALISTE DES FACTEURS INFLUENÇANT L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME (RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES)	73

Partie A — Contexte de la recherche

Avant-propos

Ce projet a servi à la formation de trois étudiantes graduées, soit Élodie Montaigne, étudiante au doctorat en santé communautaire, Justine Pagé, étudiante à la maîtrise avec mémoire en Sciences cliniques et biomédicales, et Sandrine Boucher, étudiante à la maîtrise avec mémoire en réadaptation. Une seule de ces étudiantes avait complété sa formation au moment de la remise de ce rapport, soit Justine Pagé. Les deux autres étudiantes sont responsables de terminer les analyses dans le cadre de leurs travaux de recherche, sous la supervision d’Anik Giguère, la chercheuse responsable du projet.

En plus du financement principal offert par le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) pour réaliser ce projet, nous avons reçu plusieurs financements additionnels. D’abord, nous avons reçu un financement du Centre de recherche en santé durable VITAM (\$30 000) pour réaliser les activités de la phase 2. Nous avons aussi reçu des financements de la Fondation pour les Aînés et l’Innovation Sociale (\$17 000) et de VITAM (\$15 000), pour valider le questionnaire Proactif qui accompagne le programme et est disponible sur le site web à l’adresse suivante : <https://www.vieillirensante.ulaval.ca/auto-evaluation/>. Finalement, les trois étudiantes qui contribuent à la réalisation du projet ont chacune profité de plusieurs bourses du Centre d’Excellence sur le Vieillissement de Québec, de VITAM, l’Institut sur le vieillissement et la participation sociale de l’Université Laval, de la Chaire de recherche en Vieillissement de l’Université Laval, et de la Faculté des Sciences infirmières de l’Université Laval.

Problématique

Au Canada et dans les autres pays de l'OCDE, le poids démographique des personnes de 65 ans et plus s'accroît.¹ De 15% en 2010, il devrait s'élever à environ 25% en 2030, et atteindre 27% en 2050.¹ Le vieillissement de la population entraîne une hausse de la prévalence des maladies chroniques et des incapacités liées à l'âge.² Nos systèmes de santé canadiens n'ont toutefois pas été conçus pour faire face à cette croissance³ et on observe déjà une pénurie importante de main-d'œuvre dans les services de santé du Québec.^{4,5} La création d'approches innovantes et efficaces pour prévenir et retarder l'apparition des maladies chroniques et des incapacités liées à l'âge, ou afin de mieux les gérer, représente donc une priorité de santé publique au Canada et ailleurs dans le monde.^{6,7}

Le programme Vieillir en santé

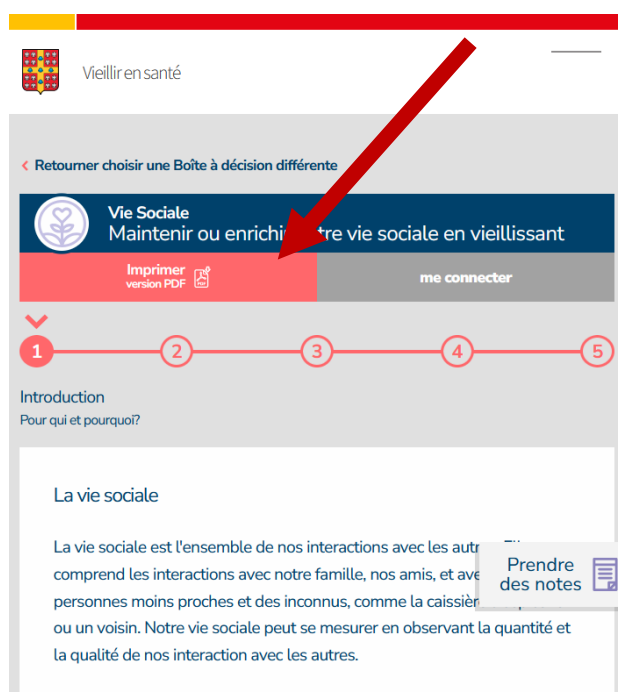
Les stratégies de promotion du vieillissement en santé et de prévention de la perte d'autonomie conçus jusqu'ici requéraient un soutien par les professionnels de la santé.⁸⁻¹⁶

On sait toutefois que les activités de promotion de la santé sans le concours de professionnels de la santé ou des services sociaux (p. ex. vidéo, matériel imprimé, technologies) sont efficaces pour induire les changements comportementaux nécessaires au maintien de la santé.¹⁷⁻²⁰

Nous avons donc développé le programme d'éducation *Vieillir en Santé* destiné à être distribué directement aux personnes âgées résidant en communauté, sans le soutien de professionnels. Le programme est accessible en format

interactif à l'adresse <https://www.vieillirensante.ulaval.ca/>. Il est aussi accessible en format imprimé. Les outils en format imprimable sont accessibles sur le même site, dans le haut de chaque outil (Figure 1).

Figure 1. Démonstration de l'accès à la version imprimable de chaque outil d'aide à la décision (version petit écran).



Rapport de recherche complet

Vieillir en Santé aborde sept aspects clés du maintien de l'autonomie des personnes âgées : mémoire et attention, vie sociale, vigueur et mobilité, alimentation, humeur, autosoins, sommeil. Nous avons priorisé ces aspects de l'autonomie à la suite d'une revue des instruments d'évaluation des risques de perte d'autonomie²¹⁻²³ et de la fragilité²⁴⁻²⁷ pour les personnes âgées. Pour chacun de ces aspects clés de l'autonomie, nous avons complété des revues accélérées de littérature pour identifier les habitudes de vie permettant de les maintenir. Nous avons ensuite synthétisé ces informations dans sept **outils d'aide à la décision**, un format d'information ayant fait ses preuves pour soutenir l'autonomisation des personnes dans leurs prises de décision de santé²⁸ et leur permettre de faire des choix éclairés.²⁹

Le programme présente, de plus, une liste des ressources disponibles pour mettre en œuvre les changements aux habitudes de vie proposés, incluant les services communautaires et certaines ressources accessibles sur Internet, puisque des études montrent que les personnes âgées connaissent mal les ressources communautaires.^{30,31} Grâce à un partenariat avec le « 211 », le programme facilite ainsi l'accès aux ressources communautaires. Le 211 est un service d'information et de référence sur les ressources sociocommunautaires qui est accessible grâce à un numéro de téléphone à trois chiffres (2-1-1), dans les deux régions à l'étude ainsi que dans de nombreuses autres régions de la province de Québec et du Canada.

Fondements du programme

Le potentiel de la promotion de la santé et de la prévention. Le déclin fonctionnel qui mène à une perte progressive des capacités physiques, mentales et sociales,³² affecte près de 12 % des Canadiens âgés de 75 ans et plus chaque année.³² Le déclin fonctionnel est la première cause de surutilisation des soins de santé par les aînés et de leur admission dans des institutions.³²⁻³⁴ Toutefois, l'action sur certains facteurs de risques peut prévenir ou retarder le déclin fonctionnel et que la prévention chez la personne ayant des incapacités peut contribuer à retarder l'utilisation de services intensifs.³⁵

Les outils d'aide à la décision. Pour limiter le déclin fonctionnel, ou les risques de déclin fonctionnel, les personnes âgées ont généralement plusieurs options comportant chacun des avantages et inconvénients, incluant l'option de ne rien entreprendre, sinon de surveiller attentivement l'évolution de leur condition.²⁸⁻³⁰ Leur choix devrait être guidé par des informations fiables sur l'efficacité des différentes options, et par des considérations personnelles découlant de leur

contexte de vie, de leurs valeurs et de leurs préférences.³¹ Les outils d'aide à la décision sont spécifiquement conçus pour soutenir des personnes devant prendre des décisions de santé en contexte d'incertitude.²³ Ces outils sont conçus selon les critères internationaux de la collaboration *International Patient Decision Aid Standards* (IPDAS),³² permettant d'assurer leur qualité et de minimiser les risques de biaiser les décisions en faveur d'une option en particulier. Ainsi, les outils d'aide à la décision doivent rendre la décision explicite, présenter des informations scientifiques sur les avantages / inconvénients associés à chacune des options disponibles, et soutenir les personnes pour faire un choix qui respecte leurs préférences. Il y a une reconnaissance grandissante de l'importance et des bienfaits de la participation des patients en tant que partenaires de leurs propres soins.^{33–36} Bien que certaines personnes âgées puissent être moins enclines à participer aux décisions de santé que des personnes plus jeunes, plusieurs études démontrent qu'avec du soutien, elles peuvent participer avec succès aux décisions de santé.^{37–39}

L'éducation à la santé pour favoriser l'efficacité personnelle et l'autonomisation. L'éducation à la santé et la distribution de matériel éducatif avec un niveau de littératie approprié permettent de renforcer l'engagement des individus à prendre soin d'eux-mêmes, en améliorant leurs connaissances sur leur condition de santé, ses complications, les options de traitements et leurs effets, et la manière de mettre en œuvre ces traitements (autosoins).³⁶ Ce renforcement de l'engagement à prendre soin de soi passe par une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle qui se définit comme la croyance d'un individu face à ses propres capacités de réussir dans une situation donnée.³⁷ Reliée au concept d'auto-efficacité, l'appropriation du pouvoir, ou « empowerment », réfère à la capacité des individus à prendre des décisions, à accéder aux ressources, à faire face aux défis et à surmonter les obstacles, pour acquérir la maîtrise de leur vie personnelle.³⁸ Inspiré de Shearer et al,³⁹ le présent projet opérationnalise l'autonomisation en proposant aux individus d'identifier leurs buts et de choisir les actions à entreprendre, en leur proposant des moyens d'atteindre leurs objectifs, et en reconnaissant leurs ressources personnelles et les ressources disponibles dans leur environnement. Le programme d'éducation préconisé présente un grand potentiel d'impact, puisque les personnes âgées connaissent généralement mal les aspects psychologiques et sociaux du vieillissement⁴⁰ et les habitudes de vie pour maintenir leur autonomie.⁴¹ De plus,

les personnes âgées connaissent mal les services communautaires^{42,43} et éprouvent souvent des difficultés importantes à accéder aux services de santé.⁴⁴

Les résidences privées pour aînés

Au Québec, près de 88% des personnes de 65 ans et plus et environ 66% des personnes âgées de 75 ans et plus résident à domicile.⁴⁵ Parmi celles qui vivent à domicile, plusieurs résident en résidence privée pour aînés (RPA), des établissements d'hébergement destinés aux personnes âgées autonomes ou semi-autonomes, majoritairement à but lucratif (88%).⁴⁶ En 2020, environ 18% des personnes âgées de 75 ans et plus vivaient dans des RPA, ce qui est relativement élevé par rapport aux autres provinces, où 6% des personnes âgées de 75 ans vivaient en 2020.⁴⁷

Le gouvernement actuel soutient activement le modèle d'affaires des résidences privées pour aînés (RPA).⁴⁸ L'expansion du secteur des RPA au Québec se produit dans un contexte marqué par une augmentation des besoins en matière d'hébergement due au vieillissement de la population.⁴⁹ Cependant, avec la demande croissante de places dans ces résidences, l'offre ne parvient pas à suivre le rythme. Le marché des RPA est en plein essor, mais la fermeture ou le changement de vocation de plusieurs petites résidences, principalement situées hors des grands centres urbains, pose un problème d'accessibilité préoccupant.⁵⁰

Nous avons choisi d'étudier plus précisément les personnes âgées qui vivent dans les RPA en raison du nombre important de personnes qui y résident, parce que le maintien de l'autonomie est particulièrement crucial dans ces milieux pour éviter la relocalisation en CHSLD, et parce que leur capacité de répondre aux besoins de leurs résidents a été peu étudiée.⁵⁰ Notre étude permet ainsi de contribuer aux connaissances sur la manière dont ces établissements répondent aux divers besoins des personnes âgées en matière de prévention du vieillissement et promotion de la santé.

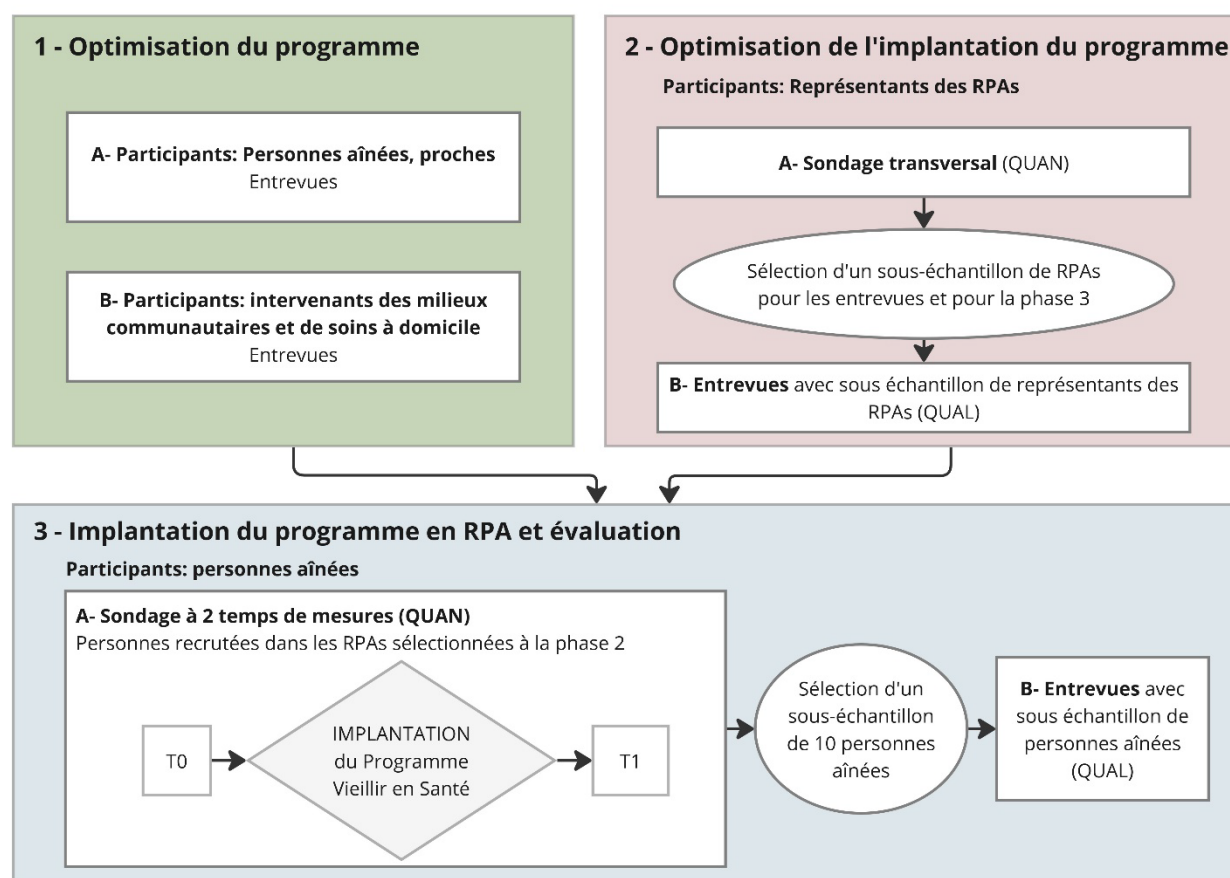
Partie B — Méthodologie

Approche générale

Ce projet inclut trois phases comportant chacune deux objectifs (Figure 2). La **Phase 1** visait à optimiser le programme Vieillir en Santé selon les perspectives de personnes âgées et d'intervenants d'organismes communautaires et de

professionnels de la santé. La **Phase 2**, conduite auprès de représentants de résidences privées pour âgés (RPA), consistait en un sondage et des entrevues pour optimiser le plan d'implantation du programme Vieillir en Santé dans chaque RPA. La **Phase 3**, conduite auprès de personnes âgées, visait l'implantation du programme dans des RPA sélectionnées parmi celles ayant participé à la phase 2, et à évaluer ses impacts au moyen d'un sondage longitudinal. Des entrevues restent à conduire à l'hiver 2025 pour mieux comprendre pourquoi le programme a fonctionné, ou non.

Figure 2 : Représentation des trois phases pour optimiser et évaluer le programme Vieillir en Santé.



Phase 1. Optimisation du programme

Phase 1A. Perspectives des personnes âgées sur le programme

Objectifs. Explorer le point de vue des personnes âgées et des proches aidants sur les outils d'aide à la décision (OAD) pour promouvoir les habitudes de vie pour vieillir en santé.

Rapport de recherche complet

Méthodes. Dans cette étude descriptive qualitative, nous avons recruté, par le biais de cliniques de soins primaires, des adultes francophones âgés de 65 ans et + et des proches aidants passant au moins une heure par semaine avec une personne aînée. Après que les participants ont eu pris connaissance de l'un des sept outils d'aide à la décision du programme, nous avons mené des entrevues semi-structurées pour explorer les forces et les limites de ces outils d'aide à la décision pour les soutenir à la prise de décisions en matière de mode de vie. Les discussions transcrites ont été analysées thématiquement par deux chercheurs à l'aide du cadre *Theoretical Domain Framework*.⁵¹

Phase 1B. Perspectives des professionnels de la santé et intervenants des milieux communautaires sur le programme

Objectif. Explorer les points de vue des professionnels de la santé et des représentants d'organismes communautaires sur l'applicabilité de la prise de décision partagée et des outils d'aide à la décision pour aider les personnes aînées à choisir des habitudes de vie pour vieillir en santé.

Méthode. Cette étude descriptive qualitative a été réalisée au moyen d'un échantillon de convenance de professionnels de la santé et de représentants d'organisations communautaires, recrutés grâce à nos partenaires. Le seul critère d'inclusion était de travailler exclusivement ou principalement avec des personnes aînées. Les participants se sont vu attribuer un outil d'aide à la décision du programme correspondant à leurs intérêts ou à leurs rôles professionnels. Ils ont participé à des entrevues individuelles par vidéoconférence, durant laquelle un processus de réflexion à voix haute nous a permis d'obtenir une rétroaction en temps réel sur l'outil. À la fin de la rencontre, une entrevue semi-structurée a permis d'explorer l'applicabilité et la pertinence de l'outil dans leur pratique. Les participants ont finalement rempli un questionnaire sur leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Deux chercheurs ont mené une analyse thématique, guidée par le modèle intégratif SDM de Bomhof-Roordink et al.⁵² Des réunions régulières ont permis d'assurer l'alignement avec le cadre ou l'intégration dans un arbre thématique inductif, sous la supervision d'AG.

Phase 2. Développement de plans d'implantation adaptés aux réalités des RPA

Objectifs et devis. Décrire les caractéristiques des résidences pour aînées (RPA) favorisant l'implantation du programme *Vieillir en Santé* auprès des personnes qui y demeurent, et ultimement optimiser le plan d'implantation et ainsi joindre le

Rapport de recherche complet

plus de personnes dans chacun de ces milieux. Cette phase inclut un sondage et des entrevues avec des représentants de RPA.

Sondage. Le sondage a été réalisé auprès de représentants des RPA et visait à connaître les caractéristiques et stratégies de promotion des RPA. Les 211 RPA de la région de la Capitale-Nationale et les 208 RPA de la région de Chaudière-Appalaches ont été invitées à participer. Nous avons recueilli des données sur les caractéristiques des RPA (catégorie, localisation, taille, services, activités, espaces communs, etc.), les stratégies de promotions qu'elles emploient et leur prédisposition organisationnelle au changement de pratique via un questionnaire validé.^{53,54} Des statistiques descriptives ont été réalisées sur les résultats.

Entrevues. Un échantillon aléatoire de RPA parmi celles ayant participé au sondage a été sélectionné pour réaliser l'implantation du programme. La sélection aléatoire stratifiée selon leur taille et leur mode de gestion (privée/publique) visait permettre le recrutement de 532 personnes (requis à la phase 3 décrite ci-après). Des entrevues individuelles avec les représentants des RPA sélectionnées au moyen d'un guide d'entrevue semi-dirigée ont permis d'approfondir les résultats du sondage et développer un plan d'implantation dans chacune des RPA. Une analyse thématique, d'abord déductive à partir des éléments du CFIR,⁵⁵ puis inductive pour ajouter les thèmes émergents des discussions, a été réalisée au moyen de NVivo, par deux personnes, à partir des transcriptions verbatim des entrevues.

Phase 3. Évaluation réaliste des facteurs influençant l'efficacité du programme

Objectif. La Phase 3 suit une approche réaliste consistant à étudier comment, pour qui et dans quels contextes le programme Vieillir en santé mène à l'adoption de nouvelles habitudes de vie par les personnes âgées. Cette phase inclut un recueil de données par questionnaires auprès de personnes âgées, avant et après la distribution du programme. L'hypothèse initiale mise à l'épreuve est décrite dans le modèle logique du programme disponible à l'[Annexe 2](#).

Méthodes. Pour recruter des personnes de plus de 65 ans résidant dans les RPA sélectionnées à la Phase 2, des invitations à participer au projet de recherche ont été distribuées. Les stratégies de recrutement ont été adaptées selon les résultats de la phase 2, en considérant des stratégies suivantes: affiches sur les tableaux d'affichage localisés à chaque étage près

Rapport de recherche complet

des ascenseurs ou dans les espaces communs, annonce dans le journal ou bulletin de la résidence, brochure imprimée distribuée dans les boîtes aux lettres, sous la porte des résidents, ou à la salle à manger, capsule vidéo promotionnelle sur les écrans collectifs de la résidence ou dans les média sociaux, description du projet par l'équipe de recherche et distribution de brochures pendant un événement ou une activité en group (p. ex. café du DG, café-rencontre, conférence sur la santé). **Collecte de données.** Un questionnaire a été administré par téléphone aux participants à deux temps de mesures : (T0) 3 mois avant l'implantation du programme, et (T3) 3 mois après son implantation. **À T0**, les participants ont répondu à des questions validées pour décrire leur caractéristiques socio-démographique : âge, sexe/genre, identité ethnoculturelle, revenus et leur niveau de littératie en santé.^{56,57} Pour évaluer les effets du programme nous leur avons posé des questions **à T0 et à T3** : habitudes de vie, niveau de préparation à la prise de décision partagée, connaissances quant aux habitudes de vie propices au vieillissement en santé, sentiment d'auto-efficacité personnelle pour adopter de nouvelles habitudes pour maintenir leur autonomie,⁵⁸ intention d'adopter de nouvelles habitudes de vie,⁵⁹ et perceptions de leur propre autonomie en santé. Pour identifier des facteurs modifiables pouvant possiblement moduler les effets de l'intervention, nous leur avons également posé, **à T0 et T3**, des questions sur leur santé et qualité de vie (EQ-5D-5L^{60,61}) et leurs capacités fonctionnelles.⁶² Aussi pour identifier les facteurs potentiellement influant sur l'effet de l'intervention, nous leur poserons aussi des question **à T3** sur leur utilisation des services de santé et communautaires depuis trois mois, et utilisation (ou exposition) du programme Vieillir en santé.^{63,64}

Analyses. Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées sur toutes les variables. Des modèles de régression de Poisson, mixtes, à mesures répétées, ont permis d'explorer l'association entre l'adoption de nouvelles habitudes de vie et les facteurs pouvant influencer cette adoption : les caractéristiques individuelles (âge, sexe/genre, origine ethnique, revenus, capacités fonctionnelles, niveau de littératie en santé), caractéristiques des RPA (catégorie, localisation, taille, services, activités, espaces communs), la structure en grappe de l'échantillon défini par les RPA et la structure de corrélation des erreurs sur les mesures répétées des participants incluant la possibilité d'hétérogénéité des variances dans le temps, en appliquant les principes de modélisation parcimonieuse.⁶⁵ Finalement, les scores de connaissances, auto-

efficacité décisionnelle, d'efficacité personnelle, d'intention à chaque temps de mesure ont été comparés à l'aide de modèles de régression linéaire mixte à mesures répétées incluant les mêmes variables explicatrices.

Partie C — Principaux résultats

Phase 1. Optimisation du programme Vieillir en Santé

Phase 1A. Perspectives des personnes âgées sur le programme

Participants

Nous avons recruté 21 personnes âgées (77,2 ans $\pm$ 5,3 ans; 12 femmes) ayant déclaré être en bonne ou excellente santé, et 14 aidants naturels (52,4 ans $\pm$ 9,2) ([Annexe 3, Tableaux 1 et 2](#)).

Faits saillants

Les perceptions des participants concernant les facteurs influençant leur choix d'habitudes de vie pour vieillir en santé, après avoir consulté le programme, sont détaillées dans les [Tableaux 3 à 7 de l'Annexe 3](#). Un résumé de nos constats principaux est présenté dans les prochains paragraphes.

Nos résultats suggèrent que les outils d'aide à la décision du programme **permettent de sensibiliser les gens** à la façon dont les changements de mode de vie affectent certaines dimensions non physiques du bien-être et de la qualité de vie, en particulier la dimension sociale qui est une préoccupation majeure des personnes âgées.

Notre étude montre que les outils d'aide à la décision, en reconnaissant la légitimité des connaissances expérientielles, permettent une **approche personnalisée** du changement de mode de vie. Les participants ont expliqué que cette approche représente une alternative pratique aux recommandations générales habituellement véhiculées par les organisations de santé.

Les outils d'aide à la décision du programme ont également été appréciés parce qu'ils aidaient les participants à se fixer des **objectifs de santé personnels en fonction de leurs priorités individuelles**, soulignant ainsi le lien étroit entre la santé

Rapport de recherche complet

et l'indépendance. Le désir de maintenir l'autonomie devient ainsi un facteur clé de motivation pour améliorer ou maintenir leur santé.

Nos résultats mettent en évidence l'**importance des pairs** dans le choix de nouveaux modes de vie. Le désir de **briser l'isolement social** des personnes âgées influence aussi leur choix de changements à leurs modes de vie. Les participants ont apprécié que le programme aborde clairement les aspects sociaux de la santé.

Nous avons aussi observé que les outils d'aide à la décision du programme ont déclenché un processus d'**apprentissage actif**, car les personnes âgées s'y sont engagées de manière réfléchie en intégrant leurs expériences passées et en identifiant leurs forces personnelles à améliorer grâce à de nouveaux choix de mode de vie. Ils ont également exprimé le besoin d'expérimenter des changements de mode de vie variés avant de s'engager pleinement dans l'un d'entre eux.

Nos résultats montrent que les outils d'aide à la décision du programme suscitent la réflexion des personnes sur leurs priorités et préférences. Cela suggère que les personnes ayant pris connaissance du programme seront mieux **préparées à une potentielle prise de décision partagée** s'ils rencontrent des professionnels de la santé et intervenants des milieux communautaires à ce sujet.

Conclusions

Les outils d'aide à la décision du programme offrent une approche pratique pour intégrer l'information scientifique aux connaissances expérientielles des personnes âgées et leur permettre de prendre des décisions relatives à leur mode de vie.

Phase 1B. Perspectives des professionnels de la santé et intervenants des milieux communautaires sur le programme

Participants

Nous avons interrogé 26 participants, 12 représentants des organisations communautaires et 14 professionnels de la santé. Leurs commentaires ont été catégorisés selon les composantes essentielles de la prise de décision partagée établies par Bomhof-Roordink et coll.,⁵² pour identifier ce qu'ils ont perçu, compris ou négligé concernant le processus de prise de décision partagée à la suite de la lecture d'un outil d'aide à la décision.

Faits saillants

Les perceptions des participants concernant l'applicabilité de la prise de décision partagée et des outils d'aide à la décision du programme pour aider les personnes âgées à choisir des habitudes de vie pour vieillir en santé sont détaillées dans le

[Tableau 3 de l'Annexe 4](#). Les faits saillants sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

Les outils d'aide à la décision du programme ont été perçus comme étant **attrayants** et **pertinents**. Les participants ont particulièrement apprécié que certaines **sections des outils soient facultatives**, et qu'ils permettant aux utilisateurs de prioriser les décisions qui correspondent à leurs besoins individuels. Les participants ont souligné que les outils d'aide à la décision encouragent une **réflexion proactive** sur la santé. Ils ont particulièrement apprécié le **portrait** (imprimé en fin d'activité) pour guider des discussions significatives entre les personnes âgées, les intervenants et professionnels et les proches. Les participants ont apprécié que les outils d'aide à la décision du programme présentent **de manière équilibrée les avantages et des inconvénients** des changements aux habitudes de vie, un aspect qu'ils ont considéré comme crucial pour une prise de décision éclairée.

D'autre part, ils ont aussi souligné l'importance d'incorporer plus **d'éléments motivationnels** pour inspirer des changements de mode de vie. Ainsi, les participants ont remarqué que les outils présentaient l'option du statu quo (Surveillance active) et certains ont estimé que cela pourrait décourager l'adoption de changements aux modes de vie. Ils ont suggéré que les outils d'aide à la décision mettent plus en évidence les aspects motivants et positifs afin de maintenir l'engagement. **Ces résultats démontrent une certaine attitude paternaliste⁶⁶ chez les intervenants et professionnels, puisqu'ils n'endossent pas un des éléments essentiels à la prise de décision partagée : soit le concept d'autonomisation qui requiert qu'une personne fasse des choix éclairés, fondés sur toutes les options et sur les avantages et inconvénients de ces options.** On sait que la formation professionnelle permet d'opérer efficacement des changements d'attitude pour implanter la prise de décision partagée et offrir des soins et des services réellement centrés sur les personnes.⁶⁷⁻⁶⁹ Il serait donc utile de déployer une telle formation avec le programme.

Les participants ont fait l'éloge de **l'accessibilité des outils d'aide à la décision**, qui intègrent un langage clair et des aides visuelles pour soutenir les personnes ayant des troubles cognitifs, un faible niveau d'alphabétisation ou des problèmes

Rapport de recherche complet

visuels. Alors que certains ont trouvé les formats en ligne conviviaux, d'autres ont souligné les obstacles liés à la littératie numérique chez les personnes âgées, appréciant la disponibilité du format imprimable. **Certains ont soulevé des préoccupations sur l'accessibilité du contenu pour les personnes ayant une faible littératie ou des déficiences cognitives ou visuelles.**

Les outils d'aide à la décision du programme ont aussi été appréciés parce qu'ils aident les personnes âgées à traduire leurs décisions en actions en leur offrant des **objectifs réalistes**, des incitations motivantes et des **liens vers des ressources**, telles que des programmes communautaires et des vidéos éducatives.

La présentation de preuves scientifiques et le test SURE ont été considérés comme utiles pour guider la réflexion lors de la prise de décision partagée. Cependant, les participants se sont dits préoccupés par le fait que certaines personnes âgées pourraient trouver ces outils complexes en l'**absence d'une facilitation professionnelle**.

Conclusions

Nos résultats démontrent que les participants ont bien compris et assimilé plusieurs des composantes essentielles de la prise de décision partagée, soulignant l'efficacité des outils du programme pour fournir de l'information complète, sensibiliser face aux options disponibles, clarifier les préférences, et faciliter la prise de décision partagée. De plus, plusieurs participants ont apprécié que les outils aident les utilisateurs à planifier les prochaines étapes, telles que le soutien au changement de comportement et la mise en relation avec des ressources pour adopter ces changements.

D'autre part, les résultats soulignent le manque de compréhension des participants de certains aspects clés de la prise de décision partagée, comme l'importance de présenter une information objective sur les inconvénients des options. En effet, plusieurs intervenants considèrent que ce type d'information peut être démotivante et limiter l'adoption de changements aux habitudes de vie.

Les participants ont estimé que les outils étaient pratiques pour habilitier les personnes âgées, conformément à leur mission principale. Cela suggère que l'utilisation des outils pour la promotion du vieillissement en santé pourrait aider à

Rapport de recherche complet

préparer les personnes âgées aux futurs processus de prise de décision partagée, en s'attaquant aux déséquilibres de pouvoir, connus comme les principaux obstacles à la mise en œuvre de la prise de décision partagée.

Ces résultats permettent de conceptualiser un modèle la prise de décision partagée en contexte de promotion de la santé. Ils suggèrent aussi d'introduire nos outils tôt dans la trajectoire de soins comme approche pratique pour préparer les personnes âgées aux futurs processus de décision partagée, offrant ainsi une avenue prometteuse pour soutenir la mise en œuvre de la prise de décision partagée.

Retombées

Les travaux de la Phase 1 font l'objet de communications scientifiques déjà réalisées ou planifiées (liste à l'[Annexe 5](#)).

Phase 2. Développement de plans d'implantation adaptés aux réalités des RPA

Sondage

Participants au sondage

Nous avons réalisé un sondage auprès de 33 des 211 RPA des régions du CIUSSS Capitale-Nationale et CISSS Chaudière-Appalaches. Cela représente un taux de recrutement de 15%, ce qui est relativement faible et attribuable à nos difficultés pour rejoindre ces milieux. En effet, les structures mises en place par les CIUSSS et CISSS pour coordonner les activités des RPA pendant la pandémie de COVID-19, sur lesquelles nous comptions pour recruter les milieux, ont été abandonnées progressivement pendant notre projet.

Les représentants des RPA ayant répondu au sondage étaient majoritairement les directeurs ou directrices des RPA, mais plusieurs autres types de représentants ont complété le sondage ([Annexe 6, Tableau 1](#)). Ces personnes étaient majoritairement des femmes (76%), avec entre 1 et 5 ans d'expérience dans ladite RPA (54%), et en majorité plus de 5 ans d'expérience dans ce type de milieu (61%).

Caractéristique des RPA participantes au sondage

Les RPA participantes hébergeaient entre 21 et 470 personnes (moyenne de 155 ± 134 personnes), et employaient de 2 à 185 personnes (moyenne : 39 ± 37) ([Annexe 6, Tableau 2](#)). La majorité (81%) était ouverte depuis plus de 10 ans. Toutes

Rapport de recherche complet

les catégories de RPA étaient représentées dans notre échantillon, mais la majorité (61%) étaient de catégorie 3, ce qui signifie qu'elles étaient exploitées dans un but lucratif ou non, et offraient différents services destinés à des personnes âgées semi-autonomes et comprises dans au moins: a) une des 4 catégories de services suivantes: services de repas, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs; et b) une des 2 catégories de services suivantes: services d'assistance personnelle ou soins infirmiers.

Stratégies de promotions recensées dans le sondage

Les stratégies de promotion utilisées dans les RPA variaient d'une résidence à l'autre, les plus courantes étant les affiches (82%), les conférences (76%), les communiqués distribués par boîte aux lettres (58%), et les communications verbales au début des repas (55%) ([Annexe 6, Tableau 3](#)).

Activités, espaces communs et services accessibles.

Nous avons observé beaucoup de variabilité dans les activités offertes variant de 1 à 11 activités offertes dans une même RPA. Les loisirs organisés par un animateur ou un récréologue représentent l'activité la plus fréquente (76%) ([Annexe 6, Tableau 4](#)).

Les espaces communs accessibles aux résidents varient aussi beaucoup, allant d'aucun espace commun pour certaine RPA (6%), à jusqu'à 7 espaces distincts. Le jardin ou la cour intérieure représente l'espace le plus fréquent (54%) ([Annexe 6, Tableau 5](#)).

Le nombre de services aux résidents varie selon les RPA, allant de 2 à 10 services. Les plus fréquents sont le salon de coiffure (79%), le service de repas (76%), et la bibliothèque (67%) ([Annexe 6, Tableau 6](#)). Les comités de résidents et comités milieux de vie qui sont d'excellentes stratégies pour dynamiser un milieu et favoriser le bien-être, ne sont respectivement présents que dans 52% et 3% des RPA. Le nouveau Règlement québécois sur la certification des résidences

Rapport de recherche complet

privées pour aînés comprend maintenant l'obligation de créer un comité milieu de vie pour les RPA de plus de 99 unités locatives.¹

Prédisposition organisationnelle au changement de pratique

La prédisposition organisationnelle au changement de pratiques est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes. Nous observons une variabilité dans la prédisposition des RPA à changer leurs pratiques, et ce dans tous les sous-domaines de l'échelle utilisée ([Annexe 6, Tableau 7](#)). La sous-échelle présentant le plus de variabilité est la Motivation (écart-type de 13.4/100), un sous-construit qui permet de mesurer le niveau de pression exercé par les parties prenantes (patients, gestionnaires, ou employés, organismes subventionnaires) pour entreprendre des changements de pratique et les ressources existantes pour soutenir le changement.

Entrevues pour l'optimisation des plans d'implantation

Nous avons optimisé les plans d'implantation dans chacune des RPA au cours d'activités de coconstruction avec les représentants des RPA, sous forme d'entrevues. Certaines stratégies ont été utilisées communément dans toutes les RPA, incluant une conférence de lancement du programme par la chercheuse principale, adressée aux personnes aînées de chacune des RPA et une formation en ligne des intervenants sur le programme pour leur permettre de soutenir les personnes aînées de leurs milieux. Nous avons aussi évalué une stratégie de coaching individuel des personnes aînées dans une seule RPA, puisque celle-ci hébergeaient des personnes avec de plus faibles niveaux de littératie. Cette stratégie s'est avérée extrêmement prometteuse pour accompagner les personnes dans leur prise de connaissance du programme.

Prochaines étapes

Nous avons utilisé les résultats du sondage pour sélectionner 14 RPA qui ont participé à la Phase 3. Dans ces 14 RPA, nous avons conduit les entrevues avec des représentants, telles que décrites plus haut, ce qui a permis de développer des plans d'implantation du programme Vieillir en Santé dans chacune. Nous ne sommes toutefois pas prêts, à la date de remise du

¹ <https://caap-capitalenationale.org/2024/01/22/place-aux-comites-de-milieu-de-vie-en-rpa/>

Rapport de recherche complet

rapport, pour rendre compte de ce travail. Nous prévoyons avoir terminé nos analyses en août 2025. Ceci fait partie de la thèse de doctorat d'Élodie Montaigne et dépend de ses autres activités.

Les résultats du sondage permettront, de plus, de réaliser les analyses prévues à la phase 3. Plus précisément, nous vérifierons l'hypothèse émise à cette phase, selon laquelle les caractéristiques de la RPA influencent l'implantation du programme et l'adoption de nouvelles habitudes de vie des personnes âgées. Par exemple, selon cette hypothèse, les activités disponibles influencent l'adoption de changement par les personnes âgées résidentes dans les RPA.

Retombées

Lorsqu'ils seront finalisés, nos résultats à cette phase permettront de décrire les RPA dans une perspective de promotion du vieillissement en santé et de prévention, et ainsi de combler les lacunes dans nos connaissances sur les RPA. Ainsi, nous connaîtrons mieux les stratégies de promotions optimales dans les RPA, ce qui pourra permettre de développer de meilleures activités de promotion de la santé. Ces connaissances seront utiles pour les RPA elles-mêmes, car la relocalisation de résidents vers les CHSLD est une préoccupation pour ces milieux. Ces connaissances seront aussi utiles pour les organisations de santé publique qui souhaiteraient adapter leurs programmes de sensibilisation de manière à mieux joindre les personnes ciblées.

Ce projet a permis aussi de développer de nouvelles connaissances sur l'application des meilleures pratiques du transfert des connaissances à des personnes résidant dans des milieux de vie dans la communauté, par opposition aux connaissances actuelles qui sont surtout dans les milieux de soins. Ainsi, nous avons adapté le plan d'implantation du programme Vieillir en Santé à chacune des RPA participantes, en tenant compte de leurs caractéristiques spécifiques et de leurs stratégies de communication interne. Une telle adaptation assurera une meilleure exposition des résidents au programme et des impacts optimaux du programme sur l'adoption d'habitudes de vie propices au vieillir en santé chez les résidents, et ultimement leur qualité de vie. Les chercheurs du domaine du vieillissement seront intéressés par cette approche qui pourra inspirer leurs activités pour changer les comportements de personnes âgées.

Cette phase mènera, en outre, à plusieurs communications (liste à l'[Annexe 5](#)).

Phase 3. Évaluation réaliste des facteurs influençant l'efficacité du programme

Taux de recrutement

Pour cette phase, nous avons recruté 150 personnes âgées dans les RPA participantes plutôt que les 532 prévues. Trois des RPA qui avaient accepté de participer se sont désistées au moment d'implanter le programme, en raison de changement de représentants, et nous avons compensé cette perte par de nouveaux milieux échantillonnés parmi les RPA ayant participé au sondage de la phase 2.

Étant donné le peu d'études conduites en RPA, nous avons surestimé le taux de recrutement de personnes âgées dans ces milieux, en prévoyant un taux de 50%, alors qu'il a été de moins de 10% en moyenne ([Tableau 1 de l'Annexe 7](#)). Ce taux plus faible que prévu a requis de multiplier les activités de recrutement, d'élargir le nombre de milieux sollicités, résultant en des dépassements de nos ressources et expliquant que nous n'ayons pas atteint la taille d'échantillon prévue. Compte tenu de cette taille d'échantillon réduite, nous avons vérifié les effets de l'implantation comme prévu, mais l'absence d'effet pour certaines variables ne permet pas d'exclure toutes nos hypothèses initiales. Nous envisageons présenter ces résultats comme ceux d'une étude pilote, conformément à la définition de Thabane et coll.⁷⁰

Description des participants

Les caractéristiques des 150 participants recrutés sont décrites au [Tableau 2 de l'Annexe 7](#). Leur âge moyen était de 81.6 ans. La majorité était des femmes (67%) ayant accès à Internet (86%).

Cent vingt-huit participants ont pris part aux deux collectes de données, soit à T0 et à T1. L'état de santé et le niveau de qualité de vie de ces personnes avant (T0) et après l'implantation du programme (T1) sont décrits au [Tableau 3 de l'Annexe 7](#). La majorité des participants ont décrit leur santé comme excellente (T0=17% et T1=22%) ou bonne (T0=61% et T1=53%) ([Annexe 7, Tableau 3](#)). Sur le plan de leur mobilité, les participants ont majoritairement rapporté n'avoir aucun problème (T0=45% et T1=60%) ou des problèmes légers (T0=23% et T1=18%) pour se déplacer; sur le plan de l'hygiène, ils ont majoritairement rapporté n'avoir aucun problème pour se laver seul (T0=81% et T1=87%); ils ont aussi rapporté en majorité n'avoir aucun problème pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne (T0=69% et T1=81%); et en majorité

Rapport de recherche complet

n'avoir aucune douleur ou inconfort (T0=25% et T1=37%) ou des douleurs ou inconforts légers (T0=39% et T1=26%); sur le plan de la santé mentale, la majorité a rapporté être ni anxieux ou déprimé (T0=45% et T1=60%) ou légèrement anxieux ou déprimé (T0=41% et T1=24%).

Exposition au programme Vieillir en Santé

Parmi les 128 participants ayant répondu aux questionnaires avant et après l'exposition, 34 (27%) nous ont déclaré ne pas avoir pris connaissance du programme après que nous leur avons transmis, et ils ont donc pas été exposés au programme.

Une analyse descriptive révèle aucune différence significative sur le plan des caractéristiques sociodémographiques entre les participants exposés (n=93, 73%) ou non exposés (n=34, 27%) au programme.

Effets du programme Vieillir en Santé

Connaissances et habitudes de vie

Après ajustement pour les mesures initiales, les personnes ayant déclaré avoir été exposées au programme rapportent en moyenne deux fois plus de nouvelles habitudes de vie que celles n'y ayant pas été exposées (1,2 vs 0,6 habitudes ; $p = 0,01$). Le modèle suggère de surcroît que les participants déjà engagés dans plusieurs habitudes de vie à T0 ont adopté davantage de nouvelles habitudes à T1, pouvant s'interpréter comme un effet cumulatif positif de l'engagement.

En revanche, une analyse ajustée pour la mesure initiale n'a identifié aucune différence significative entre les personnes ayant déclaré avoir été exposées et celles non exposées en ce qui concerne le nombre de connaissances en santé à T1 (8,9 vs 8,4 connaissances ; $p = 0,89$).

Globalement, ces résultats indiquent que, si le programme semble favoriser l'adoption de nouvelles habitudes de vie, il n'a pas eu d'effet marqué sur les connaissances en santé.

Auto-efficacité décisionnelle

Le score moyen de d'auto-efficacité décisionnelle était supérieur de 6.85 points après l'exposition au programme Vieillir en Santé (écart-type = 15.4) par rapport à avant. Cela indique que les participants étaient plus prêts à s'engager dans la

Rapport de recherche complet

prise de décision partagée après leur exposition au programme. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0.001$) ([Annexe 7, Tableau 4](#)).

En revanche, une analyse ajustée pour la mesure initiale n'a identifié aucune différence significative entre les personnes ayant déclaré avoir été exposées et celles non exposées en ce qui concerne l'évolution du sentiment d'auto-efficacité décisionnelle (6,4 vs 9,1 points d'écart ; $p = 0,42$).

Auto-efficacité personnelle

Le score moyen d'auto-efficacité personnelle n'a pas changé significativement entre les mesures prises avant et après l'exposition au programme ([Annexe 7, Tableau 4](#)).

De manière convergente, une analyse ajustée pour la mesure initiale n'a identifié aucune différence significative entre les personnes ayant déclaré avoir été exposées et celles non exposées en ce qui concerne l'évolution de l'auto-efficacité personnelle (0,14 vs 0,04 points d'écart ; $p = 0,65$).

Intention d'adopter de nouvelles habitudes de vie

Le score moyen d'intention d'adopter de nouvelles habitudes de vie n'a pas changé significativement entre les mesures prises avant et après l'exposition au programme ([Annexe 7, Tableau 4](#)).

De manière convergente, une analyse ajustée pour la mesure initiale n'a identifié aucune différence significative entre les personnes ayant déclaré avoir été exposées et celles non exposées en ce qui concerne l'évolution de l'intention de changement (-0,4 vs -0,9 points d'écart ; $p = 0,80$).

Conclusions

Les résultats indiquent que l'exposition au programme serait associée à l'adoption de nouvelles habitudes de vie, et que l'implantation a permis d'améliorer l'auto-efficacité décisionnelle des participants, ce qui représente une forme de préparation prise de décision partagée.

L'exposition au programme ne semble toutefois pas avoir affecté le sentiment d'auto-efficacité personnelle et l'intention d'adopter de nouvelles habitudes de vie. Ces échelles sont toutefois généralement limitées par des effets plafonds, ce qui

Rapport de recherche complet

pourrait agir dans le cas présent, puisque les scores mesurés sont relativement élevés (4-5 sur 7). En conséquence, ces mesures pourraient manquer de sensibilité.

Prochaines étapes

Il nous reste à réaliser l'analyse principale de ce grand projet, soit les modèles de régression de Poisson, mixtes, à mesures répétées, pour comparer les habitudes de vie aux deux temps de mesure. Cette d'analyse nous permettra de vérifier notre hypothèse et en explorant l'association entre, d'une part, les connaissances, l'adoption de nouvelles habitudes de vie, la préparation à la prise de décision partagée, l'auto-efficacité personnelle et l'intention, et, d'autre part, l'exposition au programme, les caractéristiques des participants (âge, sexe/genre, origine ethnique, revenus, capacités fonctionnelles, niveau de littératie en santé), et les caractéristiques des RPA (catégorie, localisation, taille, services, activités, espaces communs).

Par ailleurs, nos résultats révèlent que les participants nomment plusieurs stratégies et habitudes de vie pour vieillir en santé qui ne sont pas fondées sur les données probantes et hors du cadre du programme. Ces résultats imprévus sont très intéressants et feront l'objet d'analyses supplémentaires. Ils pourraient permettre de reconnaître les fausses croyances et la désinformation, des enjeux cruciaux actuellement, étant donné les multiples sources d'informations auxquelles la population est soumise.

Retombées

Les connaissances réunies dans cette phase permettront de mieux comprendre comment **les caractéristiques des RPA** influencent la promotion et l'adoption des bonnes habitudes de vie pour vieillir en santé chez les personnes âgées qui y résident. Ils permettront également de mieux comprendre les **caractéristiques individuelles** qui encouragent ou limitent l'amélioration des connaissances, l'adoption de bonnes habitudes de vie, la préparation à la prise de décision partagée chez les personnes résidant en communauté, notamment celles qui résident en RPA. **Ce projet présente donc le potentiel d'orienter et d'améliorer l'application des programmes de santé publique et d'améliorer la prévention et la promotion de la santé dans ces milieux.**

Rapport de recherche complet

Ce projet permettra en outre de planifier une étude robuste de plus grande envergure pour étudier l'efficacité d'un programme encore mieux optimisé pour soutenir le changement de comportements pour vieillir en santé chez les personnes qui résident en RPA. Ainsi, sur le plan des mesures, ce projet révèle que les échelles de connaissances et de préparation à la prise de décision partagée sont sensibles et utiles pour mesurer une amélioration après l'exposition au programme. En outre, le présent projet permettra d'élaborer une échelle pratique pour évaluer les connaissances de personnes âgées des habitudes de vie propices au vieillissement en santé. Par ailleurs, sur le plan du recrutement, ce projet a permis d'étudier les stratégies de recrutement et de distribution du programme pour un accès optimal, et de mesurer les ressources nécessaires pour réussir le recrutement dans un plus grand projet. Finalement, sur le plan des partenariats, ce projet a permis d'identifier et de mettre en relation des partenariats significatifs avec des utilisateurs de connaissances dans ce projet, respectant les principes d'application des connaissances intégrée (ACi). Ces partenariats permettront d'assurer une mise à l'échelle du programme dans la province de Québec. Notamment, nous notons que notre partenariat avec le 211 s'est avéré crucial pour améliorer l'accès des personnes âgées aux services offerts par les organisations communautaires, pour leur permettre de maintenir leur autonomie.

Plusieurs communications sont prévues pour rapporter les résultats de cette phase du projet (liste à l'[Annexe 5](#)).

Partie D et E — Pistes de solution, de recherche ou d'actions soutenues par les résultats de la recherche

Les pistes de solution, de recherche, ou d'action proposées ici-bas s'inscrivent dans une vision globale visant à favoriser un vieillissement en santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus, en renforçant leur capacité à prendre des décisions éclairées, leur autonomie, et leur qualité de vie. Ces pistes s'articulent autour de trois objectifs généraux : (1) **renforcer les connaissances et la préparation des aînés** pour adopter des habitudes de vie favorisant le vieillissement en santé; (2) **adapter les outils et les interventions** pour garantir leur accessibilité, leur pertinence culturelle et leur efficacité auprès de populations diversifiées, incluant celles ayant des besoins spécifiques; et (3) **créer des infrastructures pérennes et**

accessibles, telles que des banques de données, sites web, outils d'aide à la décision et des formations adaptées, pour soutenir la recherche, les pratiques professionnelles et la mise en œuvre à grande échelle de programmes novateurs.

I. Étude à large échelle pour évaluer l'efficacité du programme Vieillir en Santé amélioré (version 2.0)

Fondée sur l'ensemble des résultats de ce projet, nous proposons de planifier une étude robuste à large échelle pour évaluer l'efficacité du programme Vieillir en Santé pour améliorer les connaissances, la préparation à la prise de décision partagée, et l'adoption d'habitudes de vie pour vieillir en santé des personnes de 65 ans et plus.

Nous proposons d'utiliser un devis randomisé contrôlé par grappe, avec les CISSS/CIUSSS constituant les grappes.

Dans une première phase, le programme Vieillir en santé actuel serait amélioré suivant les résultats de l'étude actuelle (voir Section II ici-bas).

Les résultats de l'étude actuelle permettront de planifier la taille d'échantillon requise, et de prévoir les ressources et les stratégies pour un recrutement optimal dans les RPA. Par ailleurs, nous souhaitons utiliser d'autres stratégies pour joindre et recruter des personnes âgées partout en communauté au Québec, de manière à diversifier la population à l'étude et pouvoir généraliser nos résultats (voir section III sur la banque de données ici-bas). Ainsi, plusieurs stratégies de recrutement pourraient être considérées pour joindre les personnes présentant de plus faibles niveaux de littératie.

Nos résultats actuels sont aussi prometteurs pour mesurer des changements après l'exposition au programme, considérant la sensibilité des échelles de connaissances et de préparation à la prise de décision partagée.

Finalement, sur le plan des partenariats, ce projet a permis d'identifier et de mettre en relation des partenariats significatifs avec des utilisateurs de connaissances dans ce projet (patients partenaires, professionnels, intervenants communautaires, gestionnaires), respectant les principes d'application des connaissances intégrée. Notamment, nous notons que notre partenariat avec le 211 s'est avéré crucial pour améliorer l'accès des personnes âgées aux services offerts par les organisations communautaires, pour leur permettre de maintenir leur autonomie. Ces partenariats permettront d'assurer une mise à l'échelle du programme dans la province de Québec, en soutenant le recrutement et la promotion du projet dans une diversité de milieux.

II. Améliorations au programme Vieillir en Santé (version 2.0)

Ajouter des fonctionnalités au programme pour les personnes présentant de faibles niveaux de littératie ou des déficiences visuelles

Nos résultats de la phase 1B suggèrent que le format actuel du programme devrait être adapté pour les personnes présentant de plus faibles niveaux de littératie ou des déficiences visuelles. Ces résultats concordent avec une vaste littérature sur l'importance d'adapter les outils d'aide à la décision pour ces populations.⁷¹⁻⁷³

Nous avons évalué une approche de coaching individuel dans un milieu, et celle-ci a été appréciée. Ajouter un coaching décisionnel par un intervenant de la RPA ou par un agent conversationnel basé sur l'intelligence artificielle pourraient représenter des avenues prometteuses pour les personnes présentant des niveaux de littératie plus faibles.

Par ailleurs, nos ressources pour le présent projet ne nous ont pas permis de mettre en place certaines des stratégies reconnues comme étant efficaces pour rendre accessibles les outils d'aide à la décision pour ces populations. En effet, on sait que l'utilisation de vidéos⁷⁴⁻⁷⁷ ou d'un lecteur du contenu basé sur l'intelligence artificielle permettrait d'informer les personnes présentant de plus faibles niveaux de littératie. Ces fonctionnalités seraient aussi potentiellement utiles pour les personnes avec des déficits visuels, malgré qu'ils n'aient jamais été testés avec cette population. Nous proposons donc de développer cette fonctionnalité avant de diffuser plus largement le programme.

Nous proposons de développer ces stratégies dans des processus de design centré sur les utilisateurs, avec des personnes âgées, de manière à nous assurer de leur convivialité.

Offrir une formation en prise de décision partagée aux intervenants

Nos résultats de la phase 1B montrent que l'utilisation de la prise de décision partagée en contexte de promotion de la santé est bien perçue, mais qu'elle pourrait se heurter à certaines attitudes chez les intervenants. Spécifiquement, certains participants professionnels de la santé ont suggéré que le programme devrait fortement encourager les personnes à changer leurs habitudes, plutôt que de leur reconnaître une autonomie dans le choix de leurs priorités de vie et de leurs objectifs de santé.

Rapport de recherche complet

On sait que la formation professionnelle permet d'opérer efficacement des changements d'attitude chez cette population, pour implanter la prise de décision partagée et offrir des soins et des services réellement centrés sur les personnes.⁶⁷⁻⁶⁹ Ainsi, notre formation professionnelle *eTUDE* qui a démontré son efficacité pour améliorer les connaissances des professionnels de la santé en contexte de soins à des personnes atteintes de troubles neurocognitifs.⁷⁸ Il serait donc utile d'adapter et de d'offrir une telle formation professionnelle aux professionnels et intervenants des soins à domiciles, des RPA, et des organisations communautaires, pour mieux les préparer à aborder la prévention dans une perspective de décision partagé.

III. Développer une banque de données sur la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes de plus de 65 ans résidant en communauté

Pour soutenir les futurs travaux de recherche conduits dans le domaine de la promotion du vieillissement en santé, nous proposons de développer une *Banque de données sur la promotion de la santé et la prévention auprès des personnes vieillissantes résidant en communauté*. Cette banque, disponible dans un processus normalisé à tous les chercheurs du domaine du vieillissement au Québec, comprendra des personnes adultes, âgées de 65 ans et plus.

Les personnes seront recrutées principalement de manière directe, dans les endroits publics, tels que les organisations communautaires, les résidences privées pour aînés, les clubs de la Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ), les bibliothèques municipales, les cours de préparation à la retraite, l'Université du Troisième âge et les centres d'achat. Ce recrutement direct, par opposition au recrutement par voie électronique (Internet, média sociaux), permettra d'obtenir un échantillon de personnes diversifié quant à leur familiarité avec les technologies et leur niveau de littératie. Pour recruter les personnes représentant des minorités ethnoculturelles ou des populations marginalisées, nous rechercherons en outre des partenaires parmi les groupes d'alphabétisation (Atout-lire à Québec, La Jarnigoine, à Montréal), les centres d'éducation aux adultes, Le collectif pour un Québec sans pauvreté.

À leur entrée dans la banque, les personnes rempliront un questionnaire pour décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et culturelles (âge, sexe, genre, revenus, niveau d'étude) inspiré du questionnaire utilisé par de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement.⁷⁹ Nous leur demanderons aussi de répondre à trois questions pour décrire leur niveau de littératie.⁸⁰

Rapport de recherche complet

Nous avons soumis le cadre de gestion de cette banque au *Comité d'éthique de la recherche sectorielle en santé des populations et première ligne*. Dès qu'elle sera approuvée, nous commencerons le recrutement au moyen de fonds discrétionnaires de la chercheuse principale.

Plusieurs entités ont déjà offert leur appui à cette banque : le CIUSSS-CN nous facilitera le recrutement dans les 156 RPA de son territoire, et le CISSS de C-A en fera autant dans les 176 de son territoire. L'Institut sur le vieillissement et la participation sociale de l'université Laval a aussi accepté de distribuer nos invitations à participer à leurs 96 membres partenaires, en majorité des organisations communautaires offrant des services aux aînés. Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec a accepté que nous recrutions des aînés lors de ses quatre activités grand public qui accueillent chacune de 200-300 personnes. Le Centre d'action bénévole de Bellechasse/Lévis/Lotbinière a aussi accepté de diffuser notre invitation à participer aux membres de leurs 65 associations affiliées.

IV. Évaluer de manière quantitative les connaissances sur les habitudes de vie pour vieillir en santé

Dans le cadre du présent projet, nous avons évalué de manière inductive les connaissances des personnes aînées sur les stratégies et habitudes de vie pour vieillir en santé. Ces résultats sont riches et permettront d'élaborer une échelle quantitative pour mesurer ces connaissances. Cette échelle devra faire l'objet d'une étude pour valider son contenu et sa fiabilité, suivant les plus hautes normes en vigueur.⁸¹

Il serait ensuite possible de mener une étude de cohorte à l'échelle du Québec, pour élargir nos conclusions à l'ensemble des personnes aînées et ainsi définir les besoins de connaissances de cette population.

V. Préparation à la décision partagée

Nos résultats de la phase 1A et de la phase 3 révèlent que les outils d'aide à la décision du programme permettent de préparer les personnes aînées à discuter des changements éventuels à leurs habitudes de vie avec leurs proches, les intervenants des milieux communautaires et des RPA, et les professionnels de la santé. Ces résultats suggèrent qu'il serait intéressant de suivre une cohorte de personnes aînées exposée au programme, pour étudier comment cette exposition affecte leurs discussions avec ces diverses parties prenantes, et si la prise de décision partagée est effectivement mieux

Rapport de recherche complet

intégrée à ces discussions. Une échelle observationnelle validée comme OPTION-5⁸² pourrait alors être utilisée pour évaluer dans quelle mesure les personnes âgées et les intervenants exposés au programme utilisent réellement la prise de décision partagée pour choisir conjointement les habitudes de vie le plus en lien avec les priorités des personnes âgées.

Annexe 1. Références et bibliographie

1. Azeredo AC, Payeur FF. Vieillissement démographique au Québec: comparaison avec les pays de l'OCDE. *Données Sociodémographiques En Bref*. 2015;19(3):1-9.
2. Canadian Institute for Health Information. *Seniors in Transition: Exploring Pathways Across the Care Continuum-Methodology Notes*. CIHI; 2017.
3. Canadian Medical Association. *Health and Health Care for an Aging Population*. Vol 316. Policy Summary of The Canadian Medical Association; 2013:1-10.
4. Kamgang ACT. Pénurie de la main-d'œuvre en santé au Québec : le ministère y répond par le retour des retraités dans le réseau. *Radio-Can Int*. Published online 2019. <https://www.rcinet.ca/fr/2019/04/08/fiq-greve-infirmieres-du-quebec-temps-supplementaires-obligatoires-en-sante-penurie-de-la-main-deuvre-dans-le-reseau-de-la-sante-ministere-de-la-santedu-quebec/>
5. Porter I, Bélair-Cirino M. Plus de 60 000 travailleurs de la santé recherchés. *LeDevoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/553217/mot-cle-besoin-de-60-000-travailleurs-de-la-sante-d-ici-5-ans>. 2019.
6. Edwards P, Mawani A. *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment From Evidence to Action: A Background Paper Prepared for the Federal, Provincial and Territorial Committee of Officials (Seniors)*.; 2006:76.
7. World Health Organization. *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*.; 2017:56.
8. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *L'autonomisation Des Personnes En Perte d'autonomie Liée Au Vieillissement*.; 2015.
9. Shearer NBC, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowerment Interventions for Older Adults. *West J Nurs Res*. 2010;34(1):24-51. doi:10.1177/0193945910377887
10. Neumann L, Dapp U, von Renteln-Kruse W, Minder CE. Health promotion and preventive care intervention for older community-dwelling people: Long-term effects of a randomised controlled trial (RCT) within the LUCAS cohort. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(9):1016-1023.
11. Seah B, Kowitlawakul Y, Jiang Y, Ang E, Chokkanathan S, Wang W. A review on healthy ageing interventions addressing physical, mental and social health of independent community-dwelling older adults. *Geriatr Nur (Lond)*. 2019;40(1):37-50.
12. Hébert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, et al. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age Ageing*. 1996;25(2):159-167.
13. Stuck AE, Moser A, Morf U, et al. Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: a pragmatic randomised trial. *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001889.
14. Frost R, Belk C, Jovicic A, et al. Health promotion interventions for community-dwelling older people with mild or pre-frailty: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):1-13. doi:10.1186/s12877-017-0547-8

Rapport de recherche complet

15. de Kerimel J, Tavassoli N, Lafont C, et al. How to Manage Frail Older Adults in the Community? Proposal of a Health Promotion Program Experienced in a City of 16,638 Inhabitants in France. *J Frailty Aging*. 2018;7(2):120-126. doi:10.14283/jfa.2017.47
16. Ilgaz A, Gözüml S. Health promotion interventions for older people living alone: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139(5):255-263.
17. Gkouskos D, Burgos J. I'm in! Towards participatory healthcare of elderly through IOT. *Procedia Comput Sci*. 2017;113:647-652. doi:https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.08.325
18. Rocha NP, dos Santos MR, Cerqueira M, Queirós A. Mobile Health to Support Ageing in Place: A Systematic Review of Reviews and Meta-Analyses. *Int J E-Health Med Commun IJEHMC*. 2019;10(3):1-21.
19. Changizi M, Kaveh MH. Effectiveness of the mHealth technology in improvement of healthy behaviors in an elderly population—a systematic review. *mHealth*. 2017;3(3):51-51. doi:10.21037/mhealth.2017.08.06
20. Wilson EAH, Makoul G, Bojarski EA, et al. Comparative analysis of print and multimedia health materials: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2012;89(1):7-14.
21. Simpson V, Pedigo L. Health risk appraisals with aging adults: an integrative review. *West J Nurs Res*. 2018;40(7):1049-1068.
22. Stuck AE, Kharicha K, Dapp U, et al. Development, feasibility and performance of a health risk appraisal questionnaire for older persons. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:1-14. doi:10.1186/1471-2288-7-1
23. Hébert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, Voyer L. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age Ageing*. 1996;25(2):159-167.
24. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: A systematic literature review. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(11):2129-2138. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x
25. Theou O, Brothers TD, Pena FG, Mitnitski A, Rockwood K. Identifying common characteristics of frailty across seven scales. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(5):901-906. doi:10.1111/jgs.12773
26. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: a review. *Eur J Intern Med*. 2016;31:3-10.
27. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. 2017;15(4):1154.
28. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):741-745.
29. Stacey D, Legare F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4:CD001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5
30. Tindale J, Denton M, Ploeg J, et al. Social determinants of older adults' awareness of community support services in Hamilton, Ontario. *Health Soc Care Community*. 2011;19(6):661-672. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01013.x

Rapport de recherche complet

31. Mc Grath M, Clancy K, Kenny A. An exploration of strategies used by older people to obtain information about health- and social care services in the community. *Health Expect.* 2016;19(5):1150-1159.
32. Hébert R. Functional decline in old age. *CMAJ Can Med Assoc J.* 1997;157(8):1037-1045.
33. Luppia M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing.* Published online 2009. doi:10.1093/ageing/afp202
34. Canadian Institute for Health Information. *Health Care Use at the End of Life in Atlantic Canada.*; 2011.
35. Cardinal L, Langlois MC, Gagné D, Tourigny A. *Perspectives Pour Un Vieillissement En Santé : Proposition d'un Modèle Conceptuel.* Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale; 2008:58.
36. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ.* 2007;335(7609):24-27. doi:10.1136/bmj.39246.581169.80
37. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav.* 2004;31(2):143-164.
38. World Health Organization. *Health Promotion Glossary.* WHO; 1998:36.
39. Shearer NBC, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowerment interventions for older adults. *West J Nurs Res.* 2012;34(1):24-51. doi:10.1177/0193945910377887
40. Davis NC, Friedrich D. Knowledge of aging and life satisfaction among older adults. *Int J Aging Hum Dev.* 2004;59(1):43-61.
41. Schoenborn NL, Rasmussen SEVP, Xue QL, et al. Older adults' perceptions and informational needs regarding frailty. *BMC Geriatr.* 2018;18(1):46.
42. Latulippe K, Guay M, Giguere A, et al. [Promoting home support for elderly people with neurocognitive disorders: Caregiver perception of the help-seeking process]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2019;67(1):43-49. doi:10.1016/j.respe.2018.10.002
43. Vieira Zamora FM. *The Lived Experiences of the Oldest-Old Using Community Support and Health Services: A Missing Piece in Age-Friendly City Development.* University of Western Ontario, London, Ontario, Canada; 2015. <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=4782&context=etd>
44. Lafortune C, Huson K, Santi S, Stolee P. Community-based primary health care for older adults: a qualitative study of the perceptions of clients, caregivers and health care providers. *BMC Geriatr.* 2015;15(1):57.
45. Commissaire à la santé et au bien-être. *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec.* Gouvernement du Québec; :2023. www.csbe.gouv.qc.ca
46. 2017-05-ResidencesPersonnesAgees.pdf. Accessed December 5, 2023. https://solutions.jlr.ca/hubfs/Etudes_et_rapports/2017-05-ResidencesPersonnesAgees.pdf

Rapport de recherche complet

47. Résultats – Enquête sur les résidences pour personnes âgées. Accessed December 4, 2023. <https://www.cmhc-schl.gc.ca/observateur-du-logement/2020-housing-observer/les-resultats-de-lerpa-de-2020-sont-arrives>
48. Plourde A. PORTRAIT D'UNE INDUSTRIE MILLIARDAIRE.
49. rapport-grevegains_salariaux-pages.pdf. Accessed November 27, 2023. https://reqef.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/23/rapport-grevegains_salariaux-pages.pdf
50. Bravo G, Demers L, Brodeur D, Trottier L. Résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires : comment ces milieux de vie et leurs résidents se comparent-ils? March 2021. Accessed June 28, 2023. <https://espace.ena.ca/id/eprint/357/>
51. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci.* 2012;7:37. doi:10.1186/1748-5908-7-37
52. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(12):e031763. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e031763.abstract>
53. Gagnon MP, Attieh R, Dunn S, et al. Development and content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: the OR4KT. *Int J Health Policy Manag.* 2018;7(9):791.
54. Gagnon MP, Attieh R, Ghandour el K, et al. A systematic review of instruments to assess organizational readiness for knowledge translation in health care. *Plos One.* 2014;9(12):e114338. doi:10.1371/journal.pone.0114338
55. Breimaier HE, Heckemann B, Halfens RJG, Lohrmann C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nurs.* 2015;14(1):43.
56. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, et al. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a Large VA Outpatient Population. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):561-566. doi:<http://doi.org/10.1007/s11606-008-0520-5>
57. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener : Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract.* 2006;7:21. doi:<http://doi.org/10.1186/1471-2296-7-21>
58. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-Effic Beliefs Adolesc.* 2006;5(1):307-337. https://books.google.com.au/books?hl=fr&lr=&id=P_onDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA307&dq=Guide+for+constructing+self-efficacy+scales+bandura&ots=rjQly6lmyL&sig=wMiuCHHUKmUPIwxkiOuSknB2tWg&redir_esc=y#v=onepage&q=Guide%20for%20constructing%20self-efficacy%20scales%20bandura&f=false
59. Godin G, Belanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci.* 2008;3:36. doi:1748-5908-3-36 [pii] 10.1186/1748-5908-3-36
60. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20(10):1727-1736. doi:10.1007/s11136-011-9903-x

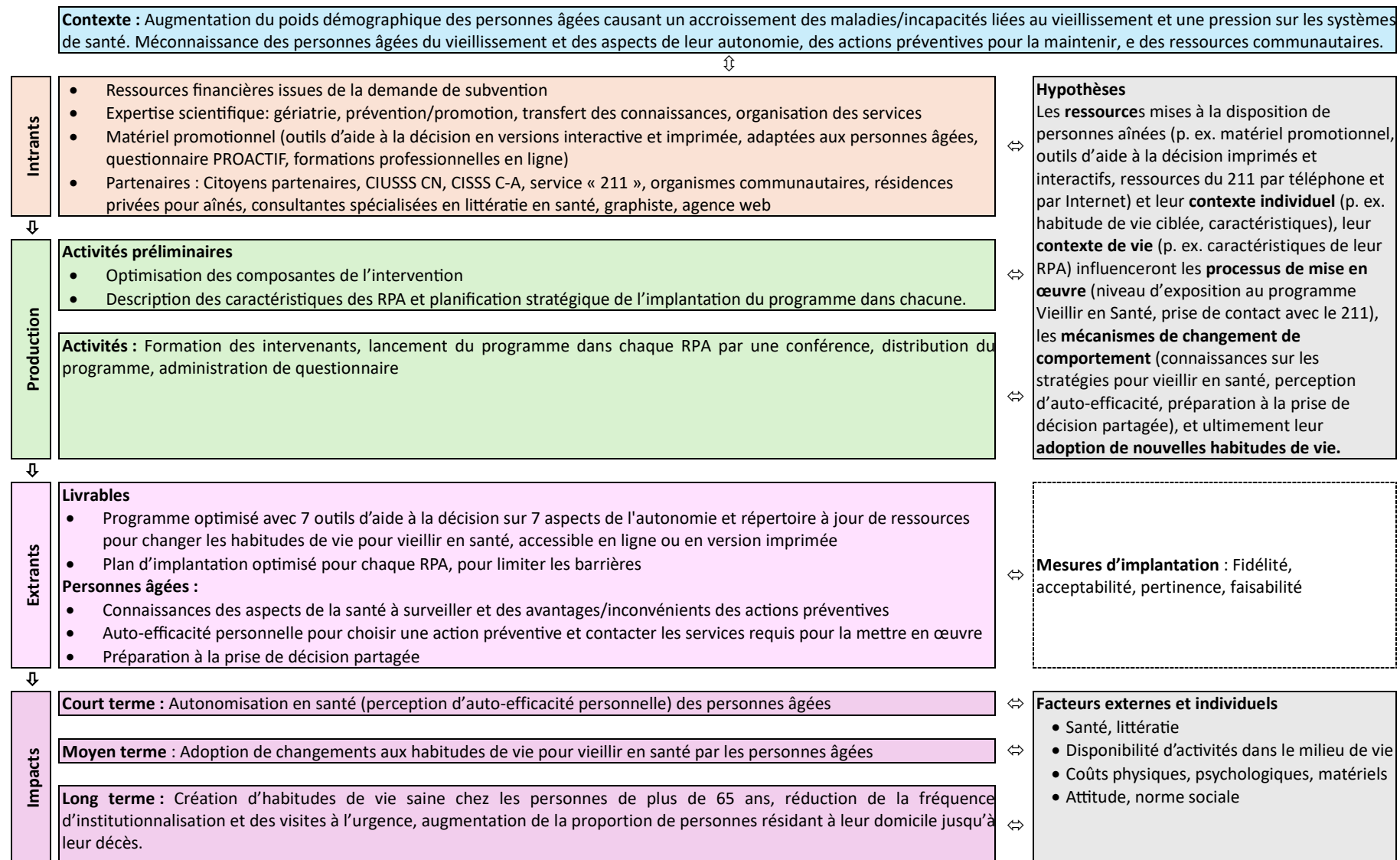
Rapport de recherche complet

61. Janssen MF, Lubetkin EI, Sekhobo JP, Pickard AS. The use of the EQ-5D preference-based health status measure in adults with Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*. 2011;28(4):395-413. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03136.x
62. Groupe de travail scientifique de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Questionnaire de la visite à domicile (Cohorte globale), v 4.0. . 2018. Accessed November 21, 2019. <https://www.clsa-elcv.ca/fr/doc/1279>
63. Niederdeppe J. Conceptual, empirical, and practical issues in developing valid measures of public communication campaign exposure. *Commun Methods Meas*. 2014;8(2):138-161.
64. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(2):65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
65. Hosmer Jr DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied Logistic Regression*. Vol 398. John Wiley & Sons; 2013.
66. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49(5):651-661. doi:S0277953699001458 [pii]
67. Coates D, Clerke T. Training interventions to equip health care professionals with shared decision-making skills: a systematic scoping review. *J Contin Educ Health Prof*. 2020;40(2):100-119. https://journals.lww.com/jcehp/Fulltext/2020/04020/Training_Interventions_to_Equip_Health_Care.6.aspx?context=LatestArticles
68. Ospina NS, Toloza FJK, Barrera F, Bylund CL, Erwin PJ, Montori V. Educational programs to teach shared decision making to medical trainees: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(6):1082-1094.
69. Yap G, Joseph C, Melder A. Shared decision making training programs for doctors: A Rapid Review. *Cent Clin Eff Monash Health Melb Aust*. Published online 2019.
70. Thabane L, Ma J, Chu R, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:1. doi:10.1186/1471-2288-10-1
71. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, et al. Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e94670. doi:10.1371/journal.pone.0094670
72. Muscat DM, Smith J, Mac O, et al. Addressing Health Literacy in Patient Decision Aids: An Update from the International Patient Decision Aid Standards. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. 2021;0(0):1-22. doi:10.1177/0272989X211011101
73. Yen RW, Smith J, Engel J, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Patient Decision Aids for Socially Disadvantaged Populations: Update from the International Patient Decision Aid Standards (IDPAS). *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. Published online June 21, 2021:272989X211020317. doi:10.1177/0272989X211020317
74. Matlock DD, Spatz ES. Design and testing of tools for shared decision making. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2014;7(3):487-492.

Rapport de recherche complet

75. Wilson EAH, Park DC, Curtis LM, et al. Media and memory: The efficacy of video and print materials for promoting patient education about asthma. *Patient Educ Couns.* 2010;80(3):393-398. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.011>
76. Walthouwer MJL, Oenema A, Lechner L, de Vries H. Comparing a Video and Text Version of a Web-Based Computer-Tailored Intervention for Obesity Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2015;17(10):e236. doi:10.2196/jmir.4083
77. Gagné M, Legault C, Boulet LP, et al. Impact of adding a video to patient education on quality of life among adults with atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2019;102(8):1490-1498. doi:10.1016/j.pec.2019.03.015
78. Lawani MA, Côté L, Coudert L, et al. Professional training on shared decision making with older adults living with neurocognitive disorders: a mixed-methods implementation study. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020;20(1):189. doi:10.1186/s12911-020-01197-9
79. Groupe de travail scientifique de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV). Questionnaire de la visite à domicile (Cohorte globale), v 4.0. 2018. Accessed November 21, 2019. <https://www.clsa-elcv.ca/fr/doc/1279>
80. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med.* 2004;36(8):588-594.
81. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(7):737-745. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.02.006
82. Barr PJ, O'Malley AJ, Tsulukidze M, Gionfriddo MR, Montori V, Elwyn G. The psychometric properties of Observer OPTION(5), an observer measure of shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2015;98(8):970-976. doi:10.1016/j.pec.2015.04.010

Annexe 2. Modèle logique initial pour la phase 3A



Annexe 3. Résultats de la Phase 1A pour décrire les perspectives des personnes âgées sur le programme

Table 1: Demographic characteristics of older adult participants

Characteristics	Frequency (n=21)
Age (years)	
Mean $\pm$ SD; [range] :	77.2 $\pm$ 5.3; [66 - 85]
Gender	
Female	12
Male	9
Trans man	0
Trans woman	0
Non-binary	0
Gender fluid	0
Two-spirit	0
Does not identify with any of the proposed options	0
Household income per year	
< 30,000 CAD	2
30,000-49,999 CAD	6
50,000-99,999 CAD	8
> 100,000 CAD	5
Education level	
< High school	2
High school graduate	4
Professional diploma	4
Certificate or diploma from a non-university institution	0
University certificate or diploma	11
Health	
Self-perception of health status (perceived health scale)	
Excellent	4
Good	15
Fair to good	2
Bad	0
Chronic conditions (self-declared)	

Rapport de recherche complet

One chronic condition	7
Two chronic conditions or more	14
None	0
I experience pain or discomfort	
None	4
Light	11
Moderate	5
Severe	1
Extreme	0
I feel anxious or depressed	
Not at all	11
Slightly	7
Moderately	3
Severely	0
Extremely	0
Autonomy	
Mobility: walking	
No issue	17
Minor issues	3
Moderate issues	1
Severe issues	0
Total disability	0
Personal care: bathing or dressing	
No issue	21
Minor issues	0
Moderate issues	0
Severe issues	0
Total disability	0
Daily living activities: e.g., housework, family or leisure activities	
No issue	18
Minor issues	3
Moderate issues	0
Severe issues	0

Rapport de recherche complet

Total disability	0
Family/friend caregiver	
Does not get any help from a caregiver	19
Gets help from a caregiver	2
Personal care (e.g., dressing, bathing, walking, eating)	0
Household and instrumental activities of daily living (e.g., shopping, cooking, managing finances, driving)	0
Social or emotional support	2
Provides assistance as a caregiver	9
Digital literacy	
Internet access at home	
Yes	20
No	1
Frequency of e-mail consultation	
Every day	15
Sometimes in a week	1
Sometimes in a month	1
Never	3
Frequency of website consultation	
Every day	15
Sometimes in a week	4
Sometimes in a month	0
Never	1
Lifestyle changes made in the 6 weeks prior to the interview (answers not mutually exclusive)	
Medication management	0
Memory and cognitive skills	3
Communication with other people	4
General autonomy level	4
Sleep	7
Nutritional status	6
General health status	7
Mood	7

Endurance or mobility	9
Social interactions	11
Participants who did not change anything in their lifestyle in the 6 weeks before inclusion	6

Table 2: Demographic characteristics of family/friend caregiver participants

Characteristics	Frequency (n=14)
Age (years)	
Mean $\pm$ SD; range: 54.2 $\pm$ 9.2; [35 - 68]	
Gender identity	
Female	14
Male	0
Trans man	0
Trans woman	0
Non-binary	0
Gender fluid	0
Two-spirit	0
Does not identify with any of the proposed options	0
Digital literacy	
Internet access at home	
Yes	14
No	0
Frequency of e-mail consultation	
Every day	14
Sometimes in a week	0
Sometimes in a month	0
Never	0
Frequency of website consultation	
Every day	13
Sometimes in a week	0
Sometimes in a month	1

Never	0
Relationship with the older adult	
I am his or her daughter	10
I am his or her niece	1
I am his or her granddaughter	1
I am his or her daughter-in-law	1
I am his or her friend	1
Perception of their older adult relative or friend's health status (perceived health scale)	
Excellent	2
Good	8
Fair to good	2
Bad	2
Chronic conditions affecting their older adult relative or friend (declared)	
One chronic condition	0
Two chronic conditions or more	14
None	0
Frequency of face-to-face contact with person in their care per week	
Mean $\pm$ SD; range: 4 $\pm$ 3.6 [1 14]	

Table 3: Factors influencing the adoption of lifestyle changes for healthy aging related to knowledge or skills (legend: Barriers: (-) and facilitators: (+))

TDF Domains, Constructs, sub-themes
Knowledge
Knowledge
(+) Viewing the new habit as an opportunity to learn new things
(+) Understanding the mechanisms between lifestyle changes and the benefits on various aspects of one's health
(+) Possessing practical knowledge about the available options and resources (tax benefits, hotline numbers)
(+) Being able to identify one's strengths and weaknesses
(-) Having trouble assessing one's health
Procedural Knowledge
(+) Knowing how to reach 211
(-) Requiring practical knowledge on how to implement certain options
Skills
Skills
(+/-) Having an aptitude, or lack thereof, for driving or cooking
Skills Development
(+) Having tested the 211 service
Competence
(+/-) Being proficient, or not, in the use of new technologies
Ability
(+) Being independent
(-) Feeling one's physical limitations
(+) Identifying a lifestyle habit that respects one's limitations

Table 4: Factors influencing the adoption of lifestyle changes for healthy aging related to beliefs or emotions (legend: Barriers: (-) and facilitators: (+))

TDF Domains, Constructs, sub-themes
Beliefs about capabilities
Self-efficacy
(+) Believing that the lifestyle changes described in the DA are feasible
(+) Feeling strong or capable
Perceived behavioral control
(-) Anticipating difficulties in adopting the option
Empowerment
(+) Being able to self-determine
Beliefs about consequences
Beliefs
(-) Overestimating the economic weight of a resource
Outcome expectancies
(+/-) Being confident or, on the contrary, lacking confidence about the efficacy of the option
Anticipated regret
(-) Believing that one will be disappointed after adopting a new lifestyle habit
Optimism
Unrealistic optimism
(-) Believing that one doesn't need to make any improvements
Emotion
Fear
(-) Being fearful of the risks or inconveniences of a new lifestyle habit
(-) Being fearful of experiencing the same challenges other older people have experienced
Anxiety
(+) Feeling reassured about one's current lifestyle after using the DA
Positive or negative affect
(+) Finding an activity fun
(+) Finding an activity relaxing

Table 5: Factors influencing the adoption of lifestyle changes for healthy aging related to reinforcement, intention, goals, or behavioral regulation (legend: Barriers: (-) and facilitators: (+))

TDF Domains, Constructs, sub-themes
Reinforcement
Rewards
(-) Having experienced inconveniences or a lack of efficacy when adopting a lifestyle habit
(+) Having noticed the positive effects of previous lifestyle changes
Incentives
(+/-) Experiencing pain and/or discomfort
(+) Having paid in advance or signed up for a resource
Intentions
Stability of intentions
(-) Deeming that the DA does not sufficiently motivate users to adopt new lifestyle habits
(-) Experiencing a lack of or drop in motivation
(+) Being committed/motivated
(+) Feeling that the DB raises awareness about good lifestyle habits
Goals
Goal priority
(+) Being able to clarify one's priorities
(+/-) Identifying, or failing to identify, a utilitarian goal in a new lifestyle habit
Goal/target setting
(+) Setting collective goals
(+) Setting realistic and/or progressive goals
Goals (autonomous or controlled)
(-) Being unable to choose to adopt several new habits at the same time
(+) Being lenient on oneself, revising one's goals
Behavioral regulation
Habit breaking
(-) Having given up these habits
Action planning
(+/-) Taking a proactive approach to one's health or, on the contrary, having trouble taking action
(-) Having difficulty changing one's routine
(+) Being an option that requires minimal preparation

- (+) Having a checklist
 - (+) Modifying one's routine to incorporate a new habit
 - (+) Planning a lifestyle change
 - (+) Being able to stray from one's action plan, staying spontaneous
-

Memory, attention, and decision processes

Decision making

- (+/-) Being able to make a choice or, on the contrary, not having been able to make a choice after using the DA
-

Table 6: Factors influencing the adoption of lifestyle changes for healthy aging related to roles, identity or social influences (legend: Barriers: (-) and facilitators: (+))

TDF Domains, Constructs, sub-themes
Social/professional role and identity
Social identity
(+) Wanting to maintain one's role with loved ones
(+) Wanting to help younger people
Identity
(+/-) Having an interest in or, on the contrary, having no interest in an option
Professional confidence
(+) Having confidence in a professional
Organizational commitment
(+) Being involved in community life
Social influences
Social pressure
(+/-) Feeling pressure from one's loved ones to adopt one or more habits or, on the contrary, feeling that one's loved ones want to discourage them from adopting a new habit
Social norms
(-) Being male discourages one from taking part in certain group activities
(+/-) Deeming that a particular habit is popular or, on the contrary, that it is unpopular among older people
(+) Understanding that doing nothing is an acceptable option
Social comparisons
(+) Knowing or having known frail older people
(+) Sharing feedback among one's peers
(+) Being able to observe other older people partaking in an activity
Social support
(+) Being around others and being socially supported
(+) Being accompanied by a peer when adopting a new habit
(+) Perceiving the encouragement of one's peers
Alienation
(-) Being socially isolated
(+) Seeking to break out of one's solitude
Group identity

(-) Having trouble integrating an existing group

(+) Being part of a group of older people

Table 7: Factors influencing the adoption of lifestyle changes for healthy aging related to environmental context and resources (legend: Barriers: (-) and facilitators: (+))

TDF Domains, Constructs, sub-themes
Environmental stressors
(-) Having already adopted one or more of the options
(+/-) Barriers and facilitators related to time
(-) Having to travel to access a resource
(-) Taking no enjoyment from indoor activities
Resources/material resources
(+) Having resources available specifically for men
Access to community resources
(-) Anticipating long wait times to access resources
(-) Finding resources no longer active or inconsistently available
(-) Having to make an effort to find resources
(-) Being unsure whether one is eligible for a resource
(+/-) Being close to resources or, on the contrary, being far away
(-) Having no availability of the resource in rural areas
(+/-) Being able to afford the resource or, on the contrary, not being able to afford it
(+) Finding a resource easy to access
Access to in-home resources
(+/-) Having or, on the contrary, not having the necessary equipment at home
(+) Having the necessary space at home
Organizational culture/climate
Determinants related to the health system
(-) Having difficulty accessing the health system and experiencing delays
(+) Having access to the health system
Determinants related to community organizations
(+) Having reliable community resources
(+) Having organized transportation to the resource
(+) Receiving information from an organization or from the city
Determinants related to professional practices
(-) Facing practices that overprotect older people
(-) Having no culture of prevention among health professionals

(+) Being accompanied by a professional

Determinants related to resources available in seniors' residences

(-) Having limited resources available in seniors' residences

(+) Having a wide range of resources in seniors' residences

Political determinants

(+) Having political programs conducive to resource creation

(-) Having a lack of political will to support in-home care

Salient events/critical incidents

Being confronted with an extraordinary situation

(-) Having trouble overcoming loss or bereavement

(+) Having to adapt in order to overcome a difficult situation

(+) Experiencing a loss of autonomy

Person & environment interaction

(+/-) Being able to adapt or, on the contrary, not being able to adapt to winter conditions

(+) Understanding how to use the natural resources in one's environment

Annexe 4. Résultats de la phase 1B pour décrire les perspectives des professionnels de la santé et intervenants des milieux communautaires sur le programme

Table 1. Participants characteristics.

A-Community organization representatives

Characteristics	Frequency (n=12)
Profession/role	
Director	3
specific program coordinator	1
Community worker	5
Outreach worker dedicated to older adults	3
Gender	
Women	12
Men	0
Age (years)	
<30	1
30-39	2
40-49	7
50-59	2
Work experience in community organization (mean $\pm$ SD)	
	6.3 $\pm$ 5.6 years
No hours per weekworking with older adults (mean $\pm$ SD)	
	28 $\pm$ 6.5

B. Health care professionals

Characteristics	Frequency (n=14)
Profession/role	
Social worker	4
Nurses	4
Physiotherapist	1
Occupational therapist	1
Physiotherapy technologist	1

Rapport de recherche complet

Family support worker	1
Kinesiologist	1
Clinical-administrative coordinator	1
Gender identity	
Woman	13
Man	1
Age (years)	
< 30	1
30-39	9
40-49	3
50-59	1
Professional experience as healthcare provider (mean $\pm$ SD)	
	14 $\pm$ 9.6 years
No hours per week in the care of older adults (mean $\pm$ SD)	
	31 $\pm$ 8.4

Table 2. Services provided by the community organizations of the Participating representatives of community organizations (n=8)

Type of service for older adults	Frequency
Transportation and accompaniment for medical appointments or grocery shopping	4
Friendly visits or calls	5
Caregiver support	1
Meals on wheel or meal distribution	3
Health promotion programs and activities	4
Leisure activities	4
Advocacy	1
Minor household repairs	1
Social development and cohesion projects	4
Technology training	2
Assistance in choosing a living environment	1
Literacy training	1
Outreach work: to identify and help disadvantaged older adults of the community	3
Support for other community organizations	5

Table 3. Participants' views of shared decision-making essential elements as described by Bomhof-Roordink & al.⁵²

Legend: (+) the participant understood the element; (-) did not understand the element; HCP: healthcare provider; COR: Community organization representative)

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
Create choice awareness		
Make need for decision explicit	(+) The DA highlights potential health issues and emphasizes the importance of making a decision to prevent them HCPs & CORs	<i>I think you have put together the right information to pass on. It is important to emphasize the many consequences, because they can have significant effects (COR-11)</i>
Deliberate		
Deliberation	(+) The web version of the DA provides a summary of the user's progress, facilitating discussion. HCPs & CORs	<i>Then 'print my portrait' (...). I wanted to see what form it would take. And I think it's nice because you can keep it right next to your telephone table. I don't have a phone table, but when I think of older people, everyone I know has one [laughs]. When I read it like that, it's like a little reminder. (COR-09)</i>
Describe lifestyle options		
Pros/cons	(+) Describing the disadvantages, as well as advantages, is useful for making an informed decision HCPs & CORs	<i>I think it's good because, I mean, it will help the person make a more informed choice for the next step. Even I, it's true that sometimes I don't think about it—I often focus on the advantages, but I forget to consider the disadvantages, so I think it's good to include them (HCP-04)</i>
	(-) Describing the disadvantages or the uncertainty about the options' efficacy could discourage healthy behavior HCPs & CORs	<i>I was thinking, 'Well, if I choose something, it's possible that it won't work or that it will have negative effects, so what's the point of choosing it? (COR-08)</i>

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
	(-) The advantages should outweigh the disadvantages, or additional advantages should be added to mitigate some disadvantages HCPs & CORs	<i>The short-term disadvantages of physical activity (...) like pain, temporary soreness. It's just that in red what I see is: 'joint, muscle, and tendon problems.' (...) The health benefits section could be improved: we talk about reduced risks of chronic diseases, staying autonomous, improving physical condition, and bone health. You know, maybe talk about strength, endurance (HCP-08)</i> <i>Well, what I notice, you know, is that it seems like there are more disadvantages [laughs] than advantages, visually speaking. So now, I'm wondering. Let's say I'm an older person, and I'm maybe hesitant to start exercising. You know, if I'm [pauses] a bit anxious, I'm going to think, oh my God, there are way more disadvantages [laughs] than advantages in the end. So, [pauses] I'm not really sure (HCP-03)</i> <i>Especially since your goal is to encourage people to prevent deconditioning and stay active, people need to see that there are more advantages to being active than to not being active. Or more advantages to engaging in activities like [pauses] relaxation, meditation, yoga, or anything like that. But when you see this, (...) it somewhat hinders the motivation (COR-03)</i>

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
	(-) The description of the rare disadvantages is unnecessary and too dissuasive 1 HCP	<i>I wonder: "Therapy can also lead to a deterioration of our interpersonal relationships." (...) Is it necessary to write that down? Because does it mean that everyone who undergoes psychotherapy will experience a deterioration of their interpersonal relationships? Maybe not! (HCP-03)</i>
	(+) Describing the pros and cons of the 'watchful waiting' option is relevant HCPs & CORs	<i>I really like this part. Then I also looked at the other themes [Ed. Note: other DAs of the program], and there's always this part: 'if I don't want to make any changes and stay the same, what should I expect?' I thought that was really good because it's still related to self-determination (COR-4)</i>
List options	(-) The proposal of only one option for a priority seems too restrictive HCPs & CORs	<i>What I find problematic is that, for example, with Priority 1: 'improving my quality of life,' there's only one option that comes up. And, you know, I think there could be other options that align with that priority (...) You know, I feel like at this point, a lot of people might get stuck and feel blocked if only one option is suggested (HCP-08)</i>
Present evidence	(+) Providing access to scientific sources of information is important/relevant HCPs & CORs	<i>I know seniors who like to read, who like to learn, and that you can find out more by clicking on the studies. I appreciate that you remain objective (COR-08)</i>
	(-) Older adults should not access directly to scientific sources but through the professional Only CORs	<i>For me, definitely yes, I find it useful, but that's my professional side, my side as a practitioner, wanting to have that information. For the average person, I'm not sure how useful it is. Doesn't it just add unnecessary complexity? (COR-11)</i>
Determine next step		

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
Implementation	(+) The DA supports behavior change by facilitating actionable steps HCPs & CORs	<i>It's really great to have direct links to the resources, the Vieactive program is there, it's great (...) it's really easy. Plus, it gives direct access to the videos (COR-02)</i>
		<i>Oh. That's interesting. Are these video clips they can do?</i> [Participant clicks on the link for VIACTIVE Tai Chi video 1] <i>Oh wow (...) I'm glad to see that there's a result, you click, and you know, it's concrete (...) It's nice that it leads to something. And that we immediately have something ready to use (HCP-05)</i>
	(+) The DA supports behaviour change by fostering motivation HCPs & CORs	<i>And I also liked the 'to motivate you' part. At certain points I thought it was good to have a little section like 'to motivate you', because sometimes it's not easy (COR-09)</i>
	(+) The DA supports behaviour change by encouraging older adults to set realistic goals 1 HCP	<i>We do see that quite often, setting small goals to achieve, (...) yes, really, setting small goals (HCP-11)</i>

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
	(+) The DA supports behaviour change by providing relevant resources HCPs & CORs	<i>Moi c'est les ressources. Je trouve ça, comme TS, je trouve ça super les ressources qui sont vraiment bien détaillées. Il y a des ressources que nous, on ne pense même pas, mais je trouve ça vraiment, je trouve ça vraiment, vraiment bien (...) Parce que c'est surtout que ce sont différentes ressources autant au communautaire, autant avec le CIUSSS qu'avec la ville (HCP-06)</i> <i>And the exercise programs are ones we also use as community workers (...) They're good programs and are also becoming more well-known (...) Great free platforms (COR-07)</i>
Gather support and information		

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
Support with decision	(+) Referring seniors to 211 is a good strategy to ensure they have access to the right professionals to discuss their options and support them in their choice	<i>The fact that you include the 211 right from the start, I think that's really great, and it also explains what the 211 is, because often, people don't know what it is. I think it's really, really fantastic (COR-08)</i>
	HCPs & CORs	<i>And then, a reminder of the resources. (...) I understand that the Healthy aging program from the University can't just include resources for Haute-Saint-Charles or Beauport ... The 211 does that (...) I tend to think very much about 'my community,' but then I thought, 'yes, in the end, we just need to call 211 and they'll give us the referrals' (COR-09)</i>
		<i>I feel like the 211 is precisely the go-to tool to guide people based on what's available from one region to another, so you really have the right information. Things change so quickly, some resources exist while others close (...) Of course, we're getting into the specifics of each area, and I think the 211 can fulfill its mission (COR-11)</i>
	(+) The practical information provided supports informed decision-making	<i>The small 'practical aspect' section, like the required time for what is suggested, really makes it realistic. (...) I found the way it was presented really different and truly helpful, I think, in trying to make good choices (HCP-11)</i>
	1 HCP	
Make the decision		

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
Document (discussion about) decision	(+) Assessment of decisional conflict (SURE-test) supports the user's reflection HCPs & CORs	<i>So after we have read everything, we make a selection. This ties back to the prioritization from the beginning, to what I prioritized, and then I choose. That really helps to close the circle (...). Is what I ticked off at the beginning and what I thought was important still what I want after I have read everything and familiarized myself with every section? I think it clarifies the thinking a bit to make the best choice (HCP-11)</i>
	(-) Assessment of decisional conflict (SURE-test) is not useful for older adults 1 HCP	<i>This is the little questionnaire you were talking about earlier. I think there are too many questions. (...) There is certainly an aim behind it, because you asked the question: 'Are you comfortable with this decision?' But I wonder: 'Is it really necessary?' (HCP-14)</i>

Make or explicitly defer the decision

(-) Limiting the choice to a single option is too restrictive
HCPs & CORs

Well, of course, there are definitely people who will choose just one, but if I'm educated about several options, I might be tempted to choose more than one (...) It bothers me, because I'm thinking, 'I'd like home delivery, but I also want the nutritional supplement' (HCP-02)

[Participant tries to select different options]

I just noticed that I can only select one? (...)

That's not a lot. Well, it could be a lot depending on the person, but it would still be nice to have a multiple-choice option (HCP-04)

There's only one option. Why can't we choose more than one? [Laughs] (...) You see, since I had several priorities, let's say 3 priorities, if I could have selected 3, or at least 2, I would feel more empowered, like I'm making less compromise (COR-02)

You know, sometimes having the possibility to make two choices (...) like combining friendship visits with physical activity, that could be nice (...) And the resources would be similar, but having the possibility to choose option 1 and option 2 sometimes (...) People might feel more comfortable making two choices rather than just one (COR-07)

I was disappointed to have to choose just one. I was thinking, 'I don't understand, they all seem good,' and it's not easy for a senior to make just one decision (COR-08)

Offer time

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
Offer time	(-) Establishing the need for engaging the person in choosing an option is a waste of time HCPs & CORs	<i>So you know, you are already with your older adult. And then you want to get started quickly and then you're in solution mode (...) I do have expectations (COR-12).</i>
Older adults' preferences		
Older adult goals of health	(+) The exercise to clarify priorities enables a personalized approach HCPs & CORs	<i>The little clarification exercise, to try to check off and personalize what each person can do, wants to do, and how to do it—really, that page, I found it very, very, very well thought out (HCP-11)</i>
Older adult preferences	(+) The proposed priorities reflect the various aspirations and the diversity of older adults HCPs & CORs	<i>The priorities, I think they really cover the range of priorities for seniors, depending on where they are in their lives. I think it creates a really nice overall picture (COR-04)</i>
Prepare		
Provide information		
Older adult information	(+) The DA meets the need of older adults and or relatives for exhaustive information HCPs & CORs	<i>The information is well simplified, yet still complete. That's what I found because, based on my experience, when addressing caregivers or elderly people, they want comprehensive information (HCP-10)</i>
Provide neutral information		
Unbiased information	(-) The DA might lack incentives to encourage lifestyle changes due to its neutral language HCPs & CORs	<i>It's a comment I kept thinking throughout the whole website, there's something missing, like a little extra touch. In my view, it's a small step that would encourage people to go a bit further. Not just stop at reading. Maybe it's the wording (...) maybe a verb that inspires action? (COR-3)</i>

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
	(-) The priorities that lead to the watchful waiting' option are not relevant because they discourage from taking action HCPs & CORs	<i>Because yes, in terms of motivational aspects! The priority: 'I don't feel like investing the time to make a change' [skeptical expression] (HCP-01)</i>
Set agenda		
Decide on agenda for the consultation	(+) The DA allows for a preview of the user's five-step progression HCPs & CORs	<i>Yes, well, visually, everything is clear. We can understand from the numbers that there will be five steps (...) We can see, as I mentioned, there were the five bubbles at the beginning, so we understand that there are five steps to go through (HCP-04)</i>
Support decision making process		
Identify and address emotions	(+) The DA provides reassurance and reduces feelings of guilt among older adults HCPs & CORs	<i>It's really written without judgment, so that resonates with me because what we want to avoid is people feeling judged when they read the different information (COR-11)</i> <i>I thought it was good because it really helps to take the drama out of things (HCP-06)</i>
Tailor information		
Flexibility/individualized approach	(+) Optional steps allow older adults to adapt their use of the DA to their preferences 1 HCP	<i>I was wondering a bit about the relevance of having people indicate their priorities. Because I was thinking, some might just want to read without setting priorities (...) But at the same time, they can move on to the next part; they're not required to complete the priority section either. They can go straight to Options as well (HCP-06)</i>
	(+) The information is available without being imposed HCPs & CORs	<i>You can see the little 'plus' icon, and you know that if you click on it, you'll get more information (HCP-02)</i>

Rapport de recherche complet

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
	(+) The information is presented in a flexible and sensitive manner to support understanding and mitigate the confrontational nature of sensitive topics 1 COR	<i>I like that it's not something rigid. It says, 'about 20 remain stable.' I like that. (...) Yes, exactly, that it's not rigid over time, because it's not. (...) It's easier to read because the part about memory is confronting (...) Older adults generally find that confronting (COR-08)</i>
	(-) The presentation of options that do not match the user's priorities is not necessary 1 HCP	<i>So then we remind them: "What's available to you is this, and this is what doesn't align with your priorities". What is the purpose of including that? (HCP-02)</i>
Use clear language	(+) The information is accessible to individuals with cognitive impairments, low literacy or visual impairments HCPs & CORs	<i>The use is simple, it's easy (...) As for ease of access, I find that it's fairly easy to navigate, even for someone with a neurocognitive disorder (HCP-02)</i> <i>The font size too, for those with visual impairments, I find it makes things easier (HCP-06)</i> <i>And you know, the descriptions aren't too long; they're in bullet points. You know, that also helps because here in [Name of the neighborhood], we do have a relatively low literacy rate. So having bullet points like this, I think, is appropriate and well-suited for people who might have more difficulty with literacy (COR-07)</i>

Shared decision-making element and sub-element	Participants' views (type of participants who mentioned theme)	Representative quote (source)
	(-) The content is less accessible for older adults with low literacy or low digital literacy HCPs & CORs	<i>It's an issue we often have with vulnerable populations who read less or things like that. It's still fairly concise, but it's a tool that's more suited to an audience with a certain level of literacy (COR-03)</i> <i>And you know, even the vocabulary, considering that many are illiterate or have little education, it often needs to be simplified further, I think (HCP-14)</i> <i>Of course, I see a certain level of complexity for the clientele in using it, though. Basically, not everyone is connected, and not everyone is comfortable with technological tools either (HCP-08)</i>

Table 4. Other themes - Coding tree and representative cotes from the inductive thematic analysis

Legend: (+) the participant understood the element; (-) did not understand the element; HCP: healthcare provider; COR: Community organization representative)

Theme and subtheme	Representative cotes (Source)
The DA supports empowerment strategies of older adults, one of their critical role	
By addressing myths and negative stereotypes HCPs & CORs	<i>I think it's relevant (...) to break down some of the biases and stereotypes often associated with certain concepts (COR-11)</i> <i>The common myths. I find that really interesting, I think it's really important that we talk about them. (...) Older adults often have the instinct to avoid gaining weight because they move less, but that's such a myth that needs to be corrected (HCP-02 about the DA "Nutrition")</i>

Rapport de recherche complet

	<i>Sometimes people perceive myths as reality (...) So it's really good to have considered this possibility (COR-07)</i>
By helping individuals recognize their control over their own health HCPs & CORs	<i>I like that you say the choice is theirs because it increases their agency and decision-making power (COR-08)</i>
	<i>It also empowers people because often, those who receive a diagnosis or something similar feel labeled, as if it's straight to a long-term care facility (HCP-06)</i>
By aiding in the identification of personal risk factors through experiential resonance 2 CORs	<i>I think it can resonate with people who may recognize themselves in those situations, and in fact, it somewhat refers to the different risk factors. We know very well that people experiencing these situations are more at risk of facing either isolation or loneliness. (...) These are really relatable situations in which people can recognize themselves (COR-11)</i>

Annexe 5. List des communications issues des travaux décrits dans ce rapport

Phase 1

1. Montaigne E, Cote I, Bélanger-Gravel A, Brochu B, Dallaire C, Durand PJ, Velasco Ferrin LS, Gagnon M-P, Giroux D, Hudon C, Kroger E, Leblanc A, Legare F, Lindsay J, Page J, Singamalum S, Sirois M-J, Thériault J-N, Tourigny A, Tremblay J, Valera B, Giguere A. (2022). Determinants of the adoption of frailty prevention strategies by older adults exposed to the healthy aging decision aids: A qualitative study. International Shared Decision Making Conference. Kolding, Denmark. June 19-22, 2022.
2. Montaigne E, Giguere A. (2022). L'éducation pour vieillir en santé [Education for healthy aging]. Colloque vieillissement et aspirations des personnes âgées. Vivre et Vieillir à Québec (VVQ), Quebec city, Canada. 26-27 May, 2022.
3. Montaigne, E.; Côte, I.; Brochu, B.; Dallaire, C.; Durand, P. J.; Gagnon, M.-P.; Giroux, D.; Hudon, C.; Kröger, E.; Legare, F.; Lindsay, J.; Singamalum, S.; Sirois, M.-J.; Thériault, J.-N.; Tourigny, A.; Giguere, A. 180 Professionals' Receptivity to the Use of Decision Aids to Promote Healthy Aging. A Qualitative Descriptive Study. *BMJ EBM* 2024, 29 (Suppl 1), A83.
4. Montaigne, E.; Côté, I.; Dallaire, C.; Durand, P. J.; Gagnon, M.-P.; Giroux, D.; Hudon, C.; Kröger, E.; Légaré, F.; Singamalum, S.; Sirois, M.-J.; Tourigny, A.; Giguere, A. Exploring the Potential of Decision Aids to Promote Healthy Aging: A Qualitative Descriptive Study Using the Theoretical Domains Framework. *Patient Education and Counseling*: Soumis.
5. Montaigne E, Cote I, Belanger-Gravel A, Brochu B, Dallaire C, Durand PJ, Ferrin LSV, Gagnon M-P, Giroux D, Hudon C, Kroger E, Legare F, Lindsay J, Singamalum S, Sirois M-J, Thériault J-N, Tourigny A, Giguere A. Professionals' receptivity to the use of decision aids to promote healthy aging. A qualitative descriptive study. *En préparation*.
6. Montaigne E, Côté I, Bélanger-Gravel A, Brochu B, Dallaire C, Durand PJ, Gagnon M-P, Giroux D, Hudon C, Kröger E, Légaré F, Lindsay J, Singamalum S, Sirois M-J, Thériault J-N, Tourigny A, Giguere A. (2024) . Professionals' receptiveness to the use of decision aids to promote healthy aging. A qualitative descriptive study. International Shared Decision Making Conference. Lausanne, Switzerland. July 7-10, 2024.
7. Montaigne E, Cote I, Belanger-Gravel A, Brochu B, Dallaire C, Durand PJ, Velasco Ferrin LS, Gagnon M-P, Giroux D, Hudon C, Kroger E, Leblanc A, Legare F, Lindsay J, Page J, Singamalum S, Sirois M-J, Thériault J-N, Tourigny A, Valera B, Giguere A. (2023). Déterminants de l'adoption de nouvelles habitudes de vie par des personnes âgées exposées au programme Vieillir en santé : une étude qualitative descriptive. Congrès International Francophone de Gériatrie et Gériatrie. Montréal, Canada. September, 2023.

Phase 2

8. Montaigne, E.; Côté, I.; Dallaire, C.; Durand, P. J.; Gagnon, M.-P.; Giroux, D.; Hudon, C.; Kröger, E.; Légaré, F.; Singamalum, S.; Sirois, M.-J.; Tourigny, A.; Giguere, A. A Generic Model for the Implementation of Healthy Aging Promotion in Private Senior Residences. *En préparation*.

Phase 3

9. Boucher, S.; Montaigne, E.; Côte, I.; Brochu, B.; Dallaire, C.; Durand, P. J.; Gagnon, M.-P.; Giroux, D.; Hudon, C.; Kröger, E.; Legare, F.; Lindsay, J.; Singamalum, S.; Sirois, M.-J.; Thériault, J.-N.; Tourigny, A.; Giguere, A. Élodie Montaigne, Anik Giguère¹. A realist evaluation of a healthy aging educational program based on shared decision making to support the adoption of new lifestyles in private senior residences. *En préparation*.

Rapport de recherche complet

10. Montaigne, E., Boucher, S., Côté, I., Dallaire, C., Durand, P. J., Gagnon, M.-P., Giroux, D., Hudon, C., Kröger, E., Légaré, F., Singamalum, S., Sirois, M.-J., Tourigny, A., & Giguere, A. (In preparation). A generic model for the implementation of healthy aging promotion in private senior residences. *In preparation*.

Annexe 6. Résultat de la phase 2 pour décrire les RPAs et optimiser le plan d'implantation du programme

Tableau 1. Caractéristiques des représentants des RPA ayant participé au sondage

Caractéristiques	Fréquence (n=33)	Pourcentage (%)
Profession		
Directeur-trice général-e ou des opérations	17	51.5
Adjoint-e administrative	5	15.2
Propriétaire	3	9.1
Directeur-trice des soins de santé	2	6.1
Gestionnaire	2	6.1
Récréologue ou technicien-ne de loisirs	2	6.1
Directeur-trice des opération	1	3.0
Intervenant-e social	1	3.0
Sexe		
Femme	25	75.8
Homme	8	24.2
Genre		
Femme	24	72.7
Homme	8	24.2
Préfère ne pas répondre	1	3.0
Expérience de travail dans la RPA actuelle		
Moins de 1 an	6	18.2
Entre 1 et 5 ans	18	54.5
Plus de 5 ans	9	27.3
Expérience de travail en RPA		
Aucune	1	3.0
Moins de 1 an	1	3.0
Entre 1 et 5 ans	11	33.3
Plus de 5 ans	20	60.6

Tableau 2. Caractéristiques des résidences privées pour aînés

Caractéristiques	Fréquence (n=33)	Pourcentage (%)
Nombre de résidents-tes		
Moyenne (écart-type); [Min; max]) : 155.5 (134.4); [21 ; 470]		
Nombre d'employés		
Moyenne (écart-type) ; [Min; max]) : 39.3 (37.1); [2 ; 185]		
Ancienneté de la RPA		
Moins de 1 an	1	3.0
De 5 à 10 ans	3	9.1
Plus de 10 ans	27	81.8
Catégorie		
Catégorie 1 : exploitée dans un but non lucratif, où sont offerts différents services destinés à des personnes âgées autonomes et compris dans au moins 2 des catégories de services suivantes: services de repas, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs;	4	12.1%
Catégorie 2 : exploitée dans un but lucratif, où sont offerts différents services destinés à des personnes âgées autonomes et compris dans au moins 2 des catégories de services suivantes: services de repas, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs;	2	6.1%
Catégorie 3 : exploitée dans un but lucratif ou non, où sont offerts différents services destinés à des personnes âgées semi-autonomes et compris dans au moins: a) une des 4 catégories de services suivantes: services de repas, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs; et b) une des 2 catégories de services suivantes: services d'assistance personnelle ou soins infirmiers;	20	60.6%
Catégorie 4 : exploitée dans un but lucratif ou non, où sont offerts des services d'assistance personnelle et des soins infirmiers destinés à des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle physique ou cognitive modérée à sévère ainsi que des services compris dans au moins une des 4 catégories de services suivantes: services de repas, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs.	6	18.2%
Je ne sais pas	1	3.0%

Tableau 3. Stratégie de promotion utilisées dans les résidences

Stratégies	Fréquence (n=33)	Pourcentage (%)
Affiches	27	81.8
Conférence aux résidents et résidentes	25	75.8
Communiqué dans les boîtes aux lettres individuelles des résidents et résidentes	19	57.6
Communication verbale au début d'un repas	18	54.5
Courriels aux proches	18	54.5
Article ou annonce dans le journal ou la gazette de la résidence	13	39.4
Formation par un intervenant ou une intervenante externe au sein de la RPA	11	33.3
Café du DG. Fréquence :	10	30.3
<i>Chaque 3 mois</i>	2	
<i>Chaque 2 mois</i>	1	
<i>Chaque mois</i>	7	
Promotion au cours d'activités, notamment :	8	24.2
<i>Activité de sociales ou de loisirs</i>	3	
<i>Activités physiques/loisirs</i>	2	
Promotion par des intervenants et intervenantes, notamment :	7	21.2
<i>Préposés</i>	1	
<i>Responsable des loisirs</i>	2	
<i>Travailleur-se sociale ou intervenant communautaire</i>	1	
Communication quotidienne au canal communautaire	1	3.0
Brochures disponibles à certains points de collecte, notamment :	6	18.2
<i>Aires communes</i>	2	
<i>Près d'une porte d'entrée</i>	2	
<i>Réception</i>	1	
Promotion par des personnes âgées « ambassadrices »	6	18.2
Courriels aux résidents et résidentes	4	12.1
Capsule vidéo à distribuer sur le canal communautaire interne de la RPA	3	9.1

Tableau 4. Activités offertes aux résidents et résidentes des RPA.

Activités	Fréquence (n=33)	Pourcentage (%)
Loisir, organisés par un-e animateur-trice (récréologie)	25	75.8
Sorties de loisirs en groupe	13	39.4
Activités éducatives (conférence, atelier de groupe)	17	51.5
Activité physique (p. ex. yoga, tai-chi, zumba, Pilate, exercices aérobies ou de charge)	25	75.8
Soutien technologique (p. ex. sur l'utilisation d'internet, tablette, téléphone cellulaire)	10	30.3
Exercices de mémoire et de concentration par du personnel spécialisé	15	45.5
Activités sociales (activité pour créer des liens sociaux: Bingo, danser)	29	87.9
Activités organisées d'expression de la créativité individuelles ou en groupe (p. ex. peinture, sculpture, théâtre)	18	54.5
Activités spirituelles	17	51.5
Services d'accompagnement (à la marche, à l'épicerie). (10)	12	36.4
Jardinage	17	51.5
Activités physiques /intellectuelles/loisirs par des personnes du milieu	1	3
Nourrir les chèvres	1	3
Aucune activité	1	3

Tableau 5. Espaces communs accessibles aux résidents et résidentes des RPA.

Activités	Fréquence (n=)	Pourcentage (%)
Jardin ou cour intérieure	18	54.5
Salle de prière ou de méditation	16	48.5
Espace de bricolage ou de petites réparations	16	48.5
Salle de sport	13	39.4
Salle communautaire multifonctionnelle (incluant loisirs et jeux)	9	27.3
Piscine	7	21.2
Cinéma	4	12.1
Salon sur chaque étage	1	3.0
Aucun	2	6.1

Tableau 6. Services accessibles aux résidents et résidentes des RPA.

Services	Fréquence (n=33)	Pourcentage (%)
Salon de coiffure	26	78.8
Service de repas	25	75.8
Bibliothèque	22	66.7
Bénévolat dans la résidence	19	66
Service de sécurité (surveillance)	16	48.5
Comité de résidents	15	51.7
Processus de plainte normalisé	14	42.4
Comités actifs pour les résidents et résidentes	14	42.4
Accès à des ordinateurs	13	39.4
Dépanneur	11	33.3
Pharmacie	7	21.2
Restaurant	4	12.1
Comité milieu de vie	1	3.0
Caisse populaire Desjardins ou banque	0	0.0
Aucun	0	0.0

Tableau 7. Prédiposition organisationnelle au changement de pratique dans les RPA participantes, comprenant un score global et les score de chacun des sous-construits, mesurés sur une échelle allant de 0-100, avec 100 indiquant un prédiposition plus importante.^{53,54}

	Niveau moyen, sur 100 (n=26)	Écart-type	Min	Max
Climat organisationnel pour le changement.	79.1	12.7	32	96
Facteurs contextuels organisationnels	81.5	8.9	64	100
Contenu du changement	79.7	10.9	55.6	100
Leadership	76.6	9.7	60	100
Support organisationnel	75.0	12.1	44	100
Motivation	65.8	13.4	40	96
<i>Score global</i>	<i>76.3</i>	<i>8.0</i>	<i>63.3</i>	<i>98.7</i>

Annexe 7. Résultats de la phase 3 d'évaluation réaliste des facteurs influençant l'efficacité du programme (résultats préliminaires)

Tableau 1. Taux de recrutement dans les RPA participantes

ID RPA	Nb résidents	Nb de personnes recrutées	Taux de recrutement (%)
103	370	31	8.4
105	56	6	10.7
106	73	4	5.5
201	31	10	32.3
203	212	6	2.8
101	470	16	3.4
102	120	28	23.3
108	350	22	6.3
109	176	11	6.3
205	250	14	5.6

Moyenne	10.5
Écart-type	9.6
Max	32.3
Min	2.8

Tableau 2. Caractéristique des participants.

Caractéristiques	Fréquence	Pourcentage (%)
Âge (années) (n=150)		
Mean (±SD)	81.6 ± 7.0	
Sexe		
Féminin	109	72.67
Masculin	41	27.33
Genre		
Femme	108	0.67
Homme	41	72.00
Autre	1	27.33
Appartenance ethnique		

Rapport de recherche complet

Autochtones (y compris les Premières Nations, les Métis et les Inuits)	1	0.67
Blanc	148	98.67
Autre	1	0.67
Revenu annuel total du ménage avant impôts		
100_000 \$ ou plus	8	5.44
Moins de 10_000 \$	1	0.68
de 10_000 \$ à 24_999 \$	29	19.73
de 25_000 \$ à 49_999 \$	49	33.33
de 50_000 \$ à 74_999 \$	30	20.41
de 75_000 \$ à 99_999 \$	10	6.80
100_000 \$ ou plus	8	5.44
Préfère ne pas répondre	20	13.61
Données manquantes	3	
Plus haut niveau d'éducation		
Certificat ou diplôme universitaire	53	35.57
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement d'enseignement non universitaire (autre qu'un certificat ou un diplôme de formation professionnelle)	29	19.46
Certificat ou diplôme de formation professionnelle	13	8.72
Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence d'études secondaires	26	17.45
Moins qu'un diplôme d'études secondaires ou son équivalent	28	18.79
Données manquantes	1	
Situation d'emploi		
Incapacité permanente de travailler	2	1.33
Retraité(e)	143	95.33
Autre	5	3.33
Composition du ménage		
Vis avec un ou des membres de ma famille élargie ou avec d'autres personnes non apparentées	4	2.67
Vis en couple (avec ou sans enfants)	28	18.67
Vis seul(e)	118	78.67
Moyen de transport utilisé le plus couramment		
Conducteur-trice d'un véhicule automobile	63	42.00

Rapport de recherche complet

Fauteuil roulant ou fauteuil roulant motorisé	3	2.00
Marche	17	11.33
Passager-ère d'un véhicule automobile	39	26.00
Taxi ou services payants similaires	9	6.00
Transport adapté	5	3.33
Transports en commun, comme le bus, le transport rapide, le métro ou le train	14	9.33
Accès à Internet ou au courriel à la maison		
oui	129	86
non	21	14
Fréquence d'utilisation du courriel		
Chaque jour	83	64.34
Quelques fois par semaine	22	17.05
Quelques fois par mois	6	4.65
Quelques fois par année	7	5.43
Jamais	11	8.53

Tableau 3. État de santé et qualité de vie des participants avant et après l'exposition aux outils d'aide à la décision du programme Vieillir en santé (résultats préliminaires)

	Avant implantation (n = 150)		Après implantation (n = 128)	
	Fréquence	%	Fréquence	%
État de santé				
Excellente	25	16.67	28	21.88
Bonne	92	61.33	68	53.13
Passable	30	20.00	29	22.66
Mauvaise	3	2.00	3	2.64
Qualité de vie (EQ-5D-5L)				
Mobilité				
Aucun problème pour me déplacer à pied	68	45.33	77	60.16
Problèmes légers pour me déplacer à pied	35	23.33	23	17.97
Problèmes modérés pour me déplacer à pied	35	23.33	18	14.06
Problèmes sévères pour me déplacer à pied	9	6.00	8	6.25
Incapable de me déplacer à pied	3	2.00	2	1.56
Données manquantes				
Hygiène				
Aucun problème pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)	122	81.33	111	87.40
Problèmes légers pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)	13	8.67	11	8.66
Problèmes modérés pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)	12	8.00	1	0.79
Problèmes sévères pour me laver ou m’habiller tout(e) seul(e)	2	1.33	4	3.15
Incapable de me laver ou de m’habiller tout(e) seul(e)	1	0.67		
Données manquantes			1	
Activités de la vie quotidienne				
Aucun problème pour accomplir mes activités courantes	104	69.33	103	81.10
Problèmes légers pour accomplir mes activités courantes	25	16.67	10	7.87

Rapport de recherche complet

Problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes	12	8.00	12	9.45
Problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes	6	4.00	2	1.57
Incapable d'accomplir mes activités courantes	3	2.00		
<i>Données manquantes</i>			1	
Douleur ou inconfort				
Ni douleur ni inconfort	38	25.33	47	36.72
Douleurs ou un inconfort léger(ères)	59	39.33	33	25.78
Douleurs ou un inconfort modéré(es)	40	26.67	35	27.34
Douleurs ou un inconfort sévère(s)	12	8.00	12	9.38
Douleurs ou un inconfort extrême(s)	1	0.67	1	0.78
<i>Données manquantes</i>				
Dépression				
Ni anxieux(se) ni déprimé(e)	67	44.67	77	60.16
Légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	62	41.33	31	24.22
Modérément anxieux(se) ou déprimé(e)	17	11.33	18	14.06
Sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)	3	2.00	2	1.56
Extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)	1	0.67		
<i>Données manquantes</i>				
Niveau de santé (niveau de 1-100)				
Moyenne (ET); [min; max]	78.8 ±15.7 [40; 100] (n=149)		79.1 ± 15.1 [25; 100] (n=128)	
<i>Données manquantes</i>		1		

Tableau 4. Niveau des variables visant à mesurer l'effet du programme Vieillir en santé, avant et après exposition au programme, avec le niveau de significativité de la différence entre avant et après (valeur P) à la suite d'un test de t apparié.

	Avant exposition (n=150)	Après exposition (n=128)	Différence	Valeur p
Auto-efficacité décisionnelle (échelle de 1 à 100; 100 indiquant une meilleure confiance) Moyenne ± écart-type [max; min]	80.6 ±19.9 [21.9; 100]	87.1 ±12.5 [40; 100]	6.85 ± 15.4	<0.001
Auto-efficacité personnelle (échelle de 1 à 7; 7 indiquant une meilleure auto-efficacité) Moyenne ± écart-type	5.1 ±1.2	5.3 ± 1.1	0.10 ± 1.5	0.42
Intention d'adopter un changement (échelle de 1 à 7; 7 indiquant une meilleure intention) Moyenne ± écart-type	4.3 ± 1.9	3.8 ± 2.1	-0.53 ± 2.3	0.01