L'expérience québécoise du programme « Villes amies des aînés » de l'OMS : l'implantation dans sept projets pilotes

Suzanne Garon, Marie Beaulieu, Anne Veil, Mario Paris, Catherine Bigonnesse

Équipe du projet « Villes amies des aînés » - Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Introduction

Le contexte de vieillissement de la population presse les décideurs publics à se préoccuper des réalités et défis posés par les changements populationnels et leurs impacts dans divers milieux de vie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait état de deux phénomènes concomitants à l'échelle planétaire : celui du vieillissement de la population et celui de l'urbanisation (OMS, 2007). Chiffres à l'appui, l'OMS démontre que le vieillissement de la population est encore plus accéléré dans les pays en voie de développement que dans les pays dits développés. La question soulevée par le symposium *Vieillir dans la cité : liens sociaux, intensité territoriale, et construction de l'espace public* (9e congrès francophone de gériatrie et gérontologie, Nice, 19 au 21 octobre 2010) s'avère donc d'une pertinence indéniable pour réfléchir aux impacts de ces phénomènes. En revanche, la « cité » ne se réduit pas au milieu urbain, d'où l'importance d'inclure dans notre étude tous les territoires habités par les aînés.

Notre propos se situe dans le contexte précis du Québec, chaque province canadienne disposant de larges pouvoirs dans les sphères de l'organisation de la santé et des services sociaux, des responsabilités municipales, de l'éducation, etc. Toute la démarche des « Villes amies des aînés » (VADA) que nous allons exposer découle d'orientations prises dans les services publics québécois, en particulier du secrétariat aux Aînés du ministère de la Famille et des Aînés. Le dernier recensement, réalisé en 2006, a révélé que le Québec compte plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus, représentant 14,3 % de la population de la province, soit un Québécois sur sept. D'autre part, l'espérance de vie au Québec a rattrapé la moyenne du Canada au moment où la fécondité diminuait, ce qui a entraîné un vieillissement rapide de la population (Statistique Canada, 2008, p. 25).

En fait, selon le secrétariat aux Aînés du Québec, seul le Japon vieillit à une vitesse plus grande que le Québec (Gouvernement du Québec, 2009). On se préoccupe aussi beaucoup de l'impact qu'aura l'arrivée des baby-boomers à la retraite (nés entre 1946 et 1964), entre 2006 et 2024, tout en sachant que ces années ne constituent que la phase initiale du processus de changement. Les véritables impacts se feront sentir quand ces baby-boomers deviendront octogénaires (Létourneau et Girard, 2007). Il importe donc de se préparer et VADA le permet.

Notre exposé vise à décrire la démarche d'implantation et d'évaluation du programme VADA de l'OMS dans le cadre de sept projets pilotes débutés en 2008 pour une durée de cinq ans. Ce programme de recherche-action, que nous appelons « Villes amies des aînés » du Québec (VADA-QC), repose sur une démarche essentiellement participative où les aînés ne sont pas que des récipiendaires de nouvelles actions au sein de leur milieu de vie, mais des acteurs concernés à chacune des phases du déploiement du programme, soit de la prise de conscience des besoins à la réalisation d'actions pour les combler. Par leurs liens sociaux, les aînés influencent la construction de l'espace public tant au plan objectif qu'au plan symbolique.

Le programme « Villes amies des aînés » de l'OMS

Les nombreux défis que pose le vieillissement des populations ont entraîné la multiplication d'initiatives susceptibles d'adapter les environnements tant bâtis que sociaux (Lui, Everingham, Warburton, Cuthill, & Bartlett, 2009). Celles-ci sont dispersées un peu partout dans le monde anglo-saxon, portant souvent le titre de *Age-Friendly*: *Livable community* ou *Elderly friendly community* aux États-Unis, *Lifetime Neighbourhood* en Angleterre, ou encore *Elder-friendly community* à Calgary en Alberta (Canada), programme implanté en 2000. La participation des personnes âgées dans la mise en œuvre ou l'exécution de ces projets varie considérablement allant d'une participation marquée aux diverses étapes à des assises administratives diverses (municipales, santé publique, etc.). La terminologie « ami des aînés » n'est donc pas nécessairement garante d'une approche participative.

En 2005, lorsque l'OMS, lors d'une rencontre de l'Association internationale de gérontologie et gériatrie à Rio de Janeiro, décide de se lancer dans une vaste enquête visant à documenter de façon internationale (tant dans les pays développés que dans ceux en voie de développement), transversale et synchronique ce qu'est une ville « amie des aînés », elle bénéficie des acquis tirés de ces diverses expériences ponctuelles mises en place à travers le monde. Si l'OMS n'a donc pas « inventé » le terme *Age-Friendly City* ou

« Villes amies des aînés », elle a eu le mérite de permettre, en 2006-2007, de le documenter de façon identique et systématique dans 33 villes très différentes de 22 pays à travers le monde (dont notre équipe à Sherbrooke, au Québec). Autre caractéristique de la démarche de l'OMS, elle s'intéresse aussi bien à l'environnement bâti qu'à l'environnement social ; ce qui permet d'identifier les besoins des aînés selon un spectre plus large et complet, tout en les impliquant eux-mêmes ainsi que ceux et celles qui leur offrent du soutien (proches aidants) et des services (fournisseurs). Au Canada, inspiré des mêmes valeurs, est publié un guide sur les communautés rurales et éloignées.

Le 1er octobre 2007, Journée internationale des personnes âgées telle que reconnue par l'Organisation de Nations unies (ONU), le *Guide mondial des villes amies des aînés* est rendu public. VADA passe ainsi d'un projet de recherche à un programme de l'OMS pouvant être développé et mis en place dans toute municipalité du monde. Ce guide précise les différentes actions du ressort des villes pouvant être intéressées par une meilleure adéquation de leurs infrastructures et services sans pour autant proposer un « mode d'emploi » spécifique pour en assurer la réalisation. Depuis le lancement de ce programme, plusieurs centaines de villes se sont ajoutées à la liste des villes amies des aînés. L'OMS s'interroge désormais sur la manière de développer une stratégie de reconnaissance de ces différentes initiatives. C'est ainsi qu'elle s'est focalisée sur l'expérience québécoise[1].

On constate alors qu'en peu d'années, VADA prend un essor considérable. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à son succès, dont le fait que, dans la plupart des endroits où il est maintenant implanté, le programme présente une image positive et participative du vieillissement et ce, peu importe le degré d'autonomie de la personne âgée.

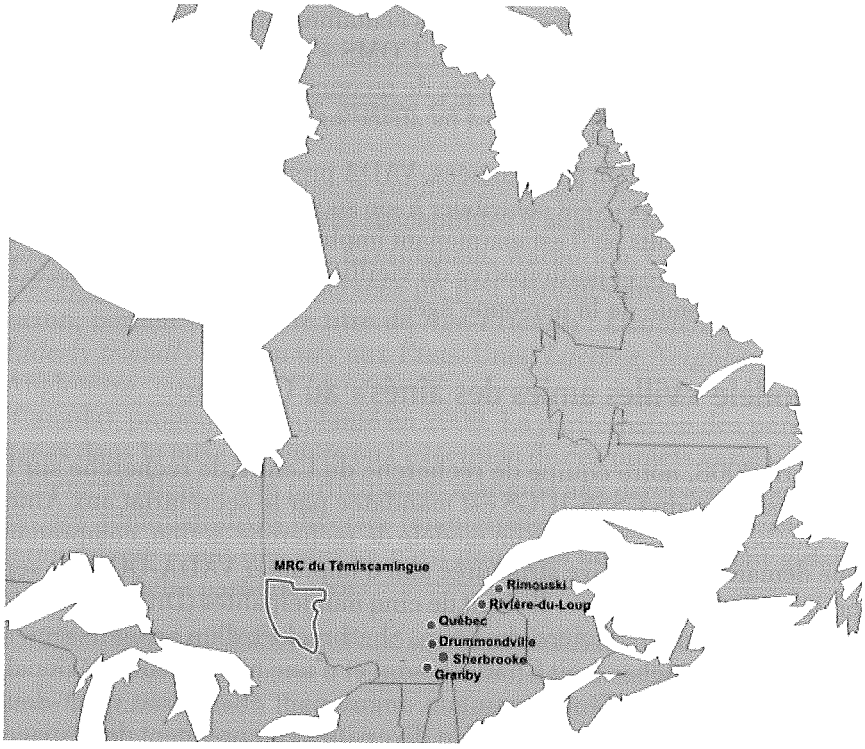
Le modèle « Villes amies des aînés » au Québec

En avril 2008, notre équipe de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS est mandatée par le secrétariat aux Aînés du Québec pour développer un modèle de recherche-action, comprenant une démarche évaluative structurée afin d'implanter VADA-QC dans sept projets pilotes au Québec. Il s'agit de cinq municipalités (Drummondville, Granby, Rimouski, Rivière-du-Loup, Sherbrooke), d'un arrondissement de la ville de Québec (soit Charlesbourg) et d'une municipalité régionale de comté, celle du Témiscamingue, regroupant elle-même vingt-deux municipalités. Les sept milieux fort diversifiés comprennent des espaces urbains offrant une gamme de services plus organisés (transport en

1. Conférence de John Beard, président de l'OMS, lors du 19e Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie tenu à Paris du 5 au 9 juillet 2009.

commun par exemple), des villes de taille moyenne avec des gammes de services moins étendues, et une ruralité où l'organisation des services prend une tout autre forme. En effet, les caractéristiques du milieu rural diffèrent beaucoup de celles des villes, tant au niveau social, économique que géographique. Elles ont de l'influence sur le mode de vie et sur les moyens d'accéder aux ressources, notamment lorsqu'il s'agit de santé et de services sociaux spécialisés. Par exemple, pour le soutien à domicile, l'éloignement des villes représente une difficulté supplémentaire en termes de fréquence de service. Le désir des aînés de rester chez soi, à proximité de leur famille et des amis, leur donnant la possibilité de participer activement à la vie du milieu, rencontre des obstacles. Par exemple, les transports depuis leur lieu de résidence sont souvent problématiques, surtout durant la saison hivernale, ce qui contribue encore davantage à l'isolement en zones éloignées. Les enjeux dont il faut tenir compte pour une communauté rurale amie des aînés sont donc différents de ceux des villes.

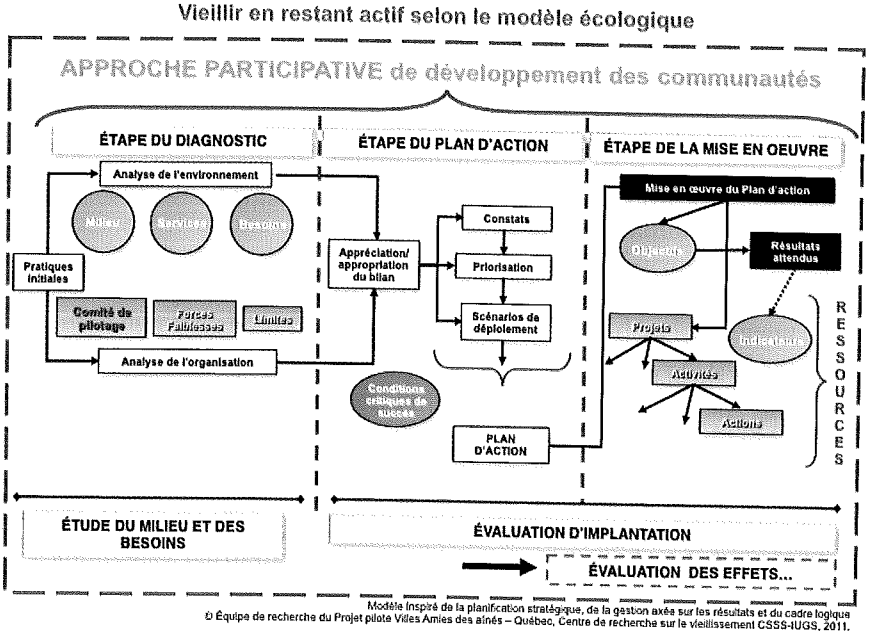
Figure 1. Sept projets pilotes VADA-QC



Notre équipe de recherche a aussi pour mandat d'assurer la formation, l'encadrement scientifique et le soutien aux sept organisations concernées afin de les outiller pour faciliter l'implantation de projets concrets à réaliser d'ici 2013.

Afin de faciliter la compréhension de la démarche, nous avons modélisé la structure de VADA-QC. Bien que pouvant au départ avoir des allures rébarbatives, cette figure, une fois décortiquée, est très didactique. Pour guider le lecteur, les mots placés en gras dans le texte qui suit correspondent à des éléments de la figure 2.

Figure 2. Structure du projet VADA-QC



Modèle inspiré de la planification stratégique, de la gestion axée sur les résultats et du cadre logique
© Équipe de recherche du Projet pilote Villes Amies des aînés – Québec, Centre de recherche sur le vieillissement CSSS-IUGS, 2011.

L'expérience québécoise de VADA se veut une bonification du programme original de l'OMS ; notre démarche de recherche-action prévoit trois étapes : le diagnostic, le développement d'un plan d'action et la mise en œuvre. Chacune de ces étapes sera ultérieurement présentée. Devant les résultats de la recherche internationale, il nous fallait maintenant passer à l'action. (À cet égard, l'OMS se dotait d'une nouvelle phase à l'automne 2009, largement inspirée de celle que nous présentons ici.)

En termes de recherche évaluative, la démarche comprend l'étude du milieu et des besoins, l'évaluation de l'implantation des actions prévues au plan d'action, ainsi qu'une évaluation des effets de ces actions. Nos travaux s'inspirent du corpus de logiques de programmes spécifique à la recherche évaluative pratiquée dans le monde anglo-saxon, dont celles du

Logic Model (modèle logique) de Chen (1990, 2005, 2010) et de Pawson et Tilley (1997), où le suivi du processus permet de comprendre les changements à partir des points de vue des différents acteurs impliqués, tout en identifiant les éléments objectifs et subjectifs qui contribuent ou non à la réussite d'un changement. De plus, l'évaluation des effets intègre le modèle des 3 C (cohérence, complémentarité et coordination) développé par la communauté économique européenne (European Union, 2007). Le devis de recherche mixte comprend des suivis quantitatifs mis en contexte par des données qualitatives.

VADA-QC donne la parole directement aux aînés et aux groupes qui les représentent. Plus de la moitié de la consultation initiale d'identification des besoins, dans l'étape du diagnostic, a été réalisée par et auprès d'eux. De plus, ils occupent aussi des sièges réservés au sein du comité de pilotage de chacun des sept projets. Les aînés influencent donc directement non seulement l'analyse des besoins mais aussi les choix stratégiques des actions inscrites au plan d'action de chaque projet pilote. L'implantation de ces plans, lors de l'étape de la mise en œuvre amorcée à l'automne 2009, permet de suivre le développement des communautés.

Un modèle s'appuyant sur deux cadres théoriques

S'inspirant de la planification stratégique, le modèle proposé (voir figure 2) s'appuie spécifiquement sur la réalité démographique du Québec – les aînés sont plus nombreux et différents de ceux des générations antérieures, entre autres par leur scolarisation. Deux cadres théoriques sont essentiels à son implantation : vieillir en restant actif selon le modèle écologique et l'approche participative de développement des communautés.

Vieillir en restant actif

VADA-QC s'inscrit en continuité avec un contexte international de développement tout à fait historique. Depuis une trentaine d'années, l'OMS et l'ONU proposent des orientations politiques sur la vieillesse et le vieillissement. Au moins quatre documents (assortis ou non d'un événement) sont en amont de nos travaux, dont trois ont des influences directes sur VADA de l'OMS et sur VADA-QC.

En 1982, à Vienne, le premier rassemblement sociopolitique mondial sur le vieillissement, sous l'égide de l'ONU, mène à la publication d'une *Première assemblée mondiale des Nations unies sur le vieillissement*, mieux connue sous le titre *Plan international sur le vieillissement de Vienne* (VIPAA). Cette rencontre de représentants de 110 pays vise à renforcer les capacités gouvernementales et civiles afin de gérer efficacement le vieillissement de la population (United Nations, 1983). Ce premier plan international

envisage le vieillissement en fonction d'une multitude de thèmes[2], parmi lesquels ceux de la santé et la nutrition sont centraux. En tant que guide de réflexion et d'énonciation de politiques et de programmes sur le vieillissement, le VIPAA est une assise de développement des services destinés aux personnes âgées durant les années 1980 et 1990.

En 1991, l'ONU adopte la déclaration *Principes pour les personnes âgées* (United Nations, 1991) qui réaffirme les droits humains fondamentaux. Ces principes couvrent cinq thèmes : indépendance, participation, soins, épanouissement personnel et dignité ; la participation et les soins occupant une place dominante. Cette déclaration se démarque du VIPAA en ce qu'elle tend vers une conception éthique et morale de la vieillesse plutôt que vers l'action. Pourtant, l'introduction du thème de la participation des aînés sera déterminante dans les années à venir, pour VADA et VADA-QC.

Lors des activités associées à l'*Année internationale de la personne âgée* en 1999, l'ONU déploie de nouveaux efforts pour renouveler le plan VIPAA, en regroupant des représentants de 163 pays à Madrid en 2002 dans le cadre de la *Deuxième assemblée mondiale des Nations unies sur le vieillissement* (Nations unies, 2002). Les recommandations adoptées par l'assemblée générale de l'ONU deviennent le *Plan d'action international sur le vieillissement de Madrid* (MIPAA). Trois orientations prioritaires se dessinent du plan alors : (a) les personnes âgées et le développement, (b) la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées et (c) la création d'un environnement favorable et porteur (Nations unies, 2002). Les deux premières orientations se traduisent par la définition de vingt-sept objectifs sur un total de trente-cinq issus du plan. Ainsi, il existe une filiation entre VADA-QC et le *Plan d'action international sur le vieillissement de Madrid* qui prône pour la première fois, et de manière très explicite, l'importance des approches participatives tant dans la prise de décisions politiques qu'en termes de programmation de recherche. Selon Paris, Beaulieu et Garon (2009), le *Plan d'action international sur le vieillissement de Madrid* marque une rupture dans la conception de l'aîné véhiculée par les grandes instances internationales ; d'un rôle passif – qui réduit parfois l'aîné à des questions de santé – il passe à un rôle d'acteur social actif aux yeux de la politique comme de la recherche.

Finalement, en 2002, l'OMS dépose le cadre d'orientation *Vieillir en restant actif* (OMS, 2002) désignant ainsi « [...] le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse » (OMS, 2002, p. 12). Les neuf orientations générales, totalisant cinquante-cinq objectifs concrets, sont réparties selon les trois thèmes clés de la définition, soit

2. (a) Santé et nutrition ; (b) protection des consommateurs âgés ; (c) logement et environnement ; (d) famille ; (e) aide sociale ; (f) sécurité financière et emploi ; (g) éducation ; (h) collecte des données et analyse ; (i) formation et éducation ; et (j) recherche (ONU, 1983).

la santé, la participation et la sécurité. À elle seule, la santé recouvre trente-trois des cinquante-cinq objectifs, ce qui donne un bon aperçu des priorités de l'OMS. Cette conception du vieillissement actif est une assise de VADA qui tient compte des trois thèmes clés. Avec VADA-Québec, l'accent est davantage porté sur la participation que sur la santé, sans négliger toutefois la sécurité dont l'absence tant au domicile que dans les espaces publics demeure un frein majeur à la participation sociale, donc au vieillissement actif.

Approche participative de développement des communautés

Le développement des communautés désigne un processus global par lequel les forces vives d'une communauté locale se regroupent pour œuvrer ensemble à la réalisation d'un objectif commun. Il correspond aux actions liées à l'engagement d'un regroupement d'individus et d'organismes locaux concernés par une situation qu'ils souhaitent transformer (Ninacs, 2008). Une majorité d'auteurs en Amérique du Nord y voit un nouveau levier des politiques publiques, non seulement plus efficace, mais surtout plus créateur de liens sociaux (Chaskin *et al.*, 2001).

Dans le cadre de VADA-QC, le développement des communautés agit comme un ancrage territorial, car il constitue un moteur de l'action collective (Bourque et Favreau, 2003). Plus spécifiquement, à la suite de travaux antérieurs, nous sommes parvenus à la conclusion que le concept de développement des communautés réunit trois éléments en appui mutuel : des liens communautaires, une action sociale et un territoire. C'est pourquoi nous avons retenu la définition suivante du développement des communautés : « La construction de liens communautaires structurant l'action des acteurs (citoyens, institutions, entreprises privées ou d'économie sociale, associations) œuvrant sur un territoire donné » (Caillouette, Garon, Dallaire, Boyer et Ellyson, 2009, p. 14). Ainsi, on passe d'un territoire donné à un territoire vécu. À l'instar des travaux de Caillouette, Dallaire, Boyer, Garon (2009), « nous entendons, pour sa part, le concept de territoire vécu comme relevant de l'attachement identitaire des acteurs à leur territoire. Le territoire vécu tient ainsi à une conscience d'identité locale » (p. 21). Concrètement, la ville ou l'arrondissement sont des lieux d'appartenance signifiants pour les acteurs impliqués et la démarche VADA-QC ne fait qu'aiguiser ce sentiment puisqu'elle sollicite leur participation et ce, à divers niveaux.

VADA-QC, inspiré du développement des communautés, est tributaire de la participation de l'ensemble des acteurs de la société civile, de l'administration municipale et du politique. Au cœur de la société civile, les nombreuses associations d'aînés jouent un rôle fondamental auprès des

personnes âgées et ce, aussi bien dans la défense des droits que dans la prestation de certains services (*popotes roulantes* – portage de repas, loisirs, etc.). Bien ancrées dans la vie des aînés, elles constituent un important réseau avec lequel plusieurs autres types de prestataires de services (santé et services sociaux) partagent une expérience de travail. Pour le monde municipal, principalement pour l'administration municipale, la rencontre de ce réseau constitue une toute nouvelle expérience dans un contexte où, contrairement à plusieurs pays d'Europe, la dispensation des services de santé et des services sociaux ne relève pas des pouvoirs ou responsabilités des municipalités mais plutôt d'instances provinciales déployées dans chacun des 17 territoires administratifs du Québec. L'expérience en cours implique ainsi, dans certains cas, la création de nouveaux partenariats.

De plus, la démarche VADA-QC ne peut être l'œuvre que d'un seul partenaire, si « branché » soit-il. L'approche participative a vu le jour en Amérique du Nord à la suite des nombreux échecs de grands programmes d'intervention en santé publique. Dans la foulée de la signature de la charte d'Ottawa (ACSP, 1986), l'émergence de l'épidémiologie sociale ou critique dans les années 1990 (Syme, 2004) oblige à repenser le rôle de la communauté, tout autant que la place des chercheurs dans la manière d'appréhender la réalité à étudier ou à évaluer. L'épidémiologie sociale redonne à la communauté une place prépondérante dans les solutions à apporter aux différents problèmes sociaux, non pas pour délester l'État de ses responsabilités, mais surtout pour saisir toute la dimension sociale de certaines problématiques afin d'éviter de faire porter le poids des changements sociaux essentiellement aux individus. Le chercheur se doit d'être à l'écoute des milieux : les premiers concernés sont les mieux placés pour trouver les solutions originales et locales à leurs problèmes, souvent beaucoup plus efficacement que si elles étaient préétablies par des experts éloignés de leur réalité (Greenhalgh *et al.*, 2007). Travaillant à la réalisation de ces solutions (Syme, 2004), le chercheur devient alors un médiateur. Son travail consiste d'abord à comprendre pourquoi ces solutions fonctionnent (Pawson & Tilley, 1997, 2006) plutôt qu'à dicter ou prescrire des pratiques spécifiques. L'évaluation devient ainsi un moyen de comprendre, d'améliorer et de faire connaître les pratiques qui donnent les résultats escomptés (Pawson, 2006). Il s'ensuit un type de recherche partenariale qui alimente l'espace public (Minkler *et al.*, 2008 ; Potvin & McQueen, 2008), et s'établissant selon une logique ascendante, du bas vers le haut. Cette approche s'inscrit en faux face aux approches descendantes, mettant de l'avant l'expertise des chercheurs placés en position *top down*. Ce repositionnement ne devrait pas être seulement l'apanage de la recherche, mais aussi celui des décideurs publics.

Un modèle en trois étapes

Le programme VADA-QC est construit en trois grandes étapes, rappelant celles proposées en planification stratégique (Mintzberg, 1994), toutefois avec un ajout important, celui de permettre la participation des différents acteurs au cours de ce processus. Ces derniers en sont d'ailleurs les véritables maîtres d'œuvre. En d'autres termes, les initiatives de VADA au Québec ne sauraient faire l'objet d'une prise en charge que par un seul acteur. Chacune des trois étapes ont été accompagnées par une formation effectuée par l'équipe de recherche pour faciliter des collectes de données, la priorisation d'activités ou encore permettre le suivi de leur implantation. Tous ces outils de formation sont maintenant disponibles sur le site Internet de l'équipe de recherche VADA-QC (http ://www.vadaquebec.ca). Il s'agit du transfert de connaissances qui prend place tout au long du processus de l'accompagnement et, comme nous l'avons vu *supra*, les outils de formation ont aussi été adaptés en prenant en compte l'expérience que les différents comités de pilotage nous ont fait partager.

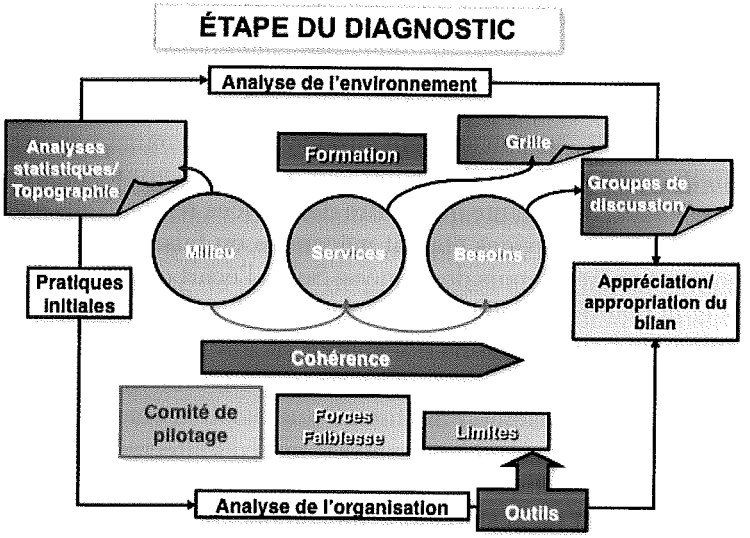
Enfin, il nous faut aussi ajouter que chacune de ces étapes doit être complétée pour passer à la suivante. Elles sont établies selon un ordre chronologique spécifique sur cinq ans. Les premiers dix-huit mois sont consacrés à la réalisation des deux premières étapes avant d'arriver à l'étape de l'implantation.

L'étape 1 : le diagnostic

Il s'agit d'une étape essentielle à la réalisation du projet VADA. Avec la mise en place d'un comité de pilotage, condition fondamentale pour établir une démarche participative comme nous l'avons vu *supra*, cette opération est plus qu'une simple démarche de recherche. Elle permet en effet l'émergence d'une vision partagée par l'ensemble des acteurs de la réalité du vieillissement de leur communauté.

Dans le cas de l'expérience québécoise, en plus d'une formation sur les cadres théoriques (voir *supra* « Vieillir en restant actif » et « L'approche de développement des communautés »), une autre a été mise en place sur les aspects méthodologiques afin de s'assurer de la rigueur des résultats obtenus. Essentiellement, trois outils de recherche ont été conçus par les agents travaillant avec les comités de pilotage.

Figure 3. Étape 1 du projet VADA



© Équipe de recherche du Projet pilote Villes Amies des aînés – Québec, Centre de recherche sur le vieillissement CSSS-IUGS, 2011

Les outils de recherche

Les groupes de discussion

Ils constituent le moyen retenu pour l'étude des besoins. Ils sont d'abord menés auprès de quatre groupes de personnes âgées, choisies selon l'âge et le revenu : deux groupes dont les participants ont 75 ans et plus, disposant de revenus moyens et un autre de faibles revenus. Le dernier groupe de discussion, établi pour la phase internationale et donnant lieu au *Guide Villes amies des aînés* de 2007, a été modifié pour l'expérience québécoise. Aux huit thèmes traités – (a) transport ; (b) habitat ; (c) participation au tissu social ; (d) respect et inclusion sociale ; (e) participation citoyenne et emploi ; (f) communication et information ; (g) soutien communautaire et service de santé ; (h) espaces extérieurs et bâtiments – nous avons ajouté celui de la (i) participation à des activités physiques ou de santé. Le déroulement de ces discussions s'étale sur un peu plus de deux heures et trente minutes. Le véritable défi de cette collecte de données consiste dans le recrutement des personnes participantes. Trois autres groupes de discussion sont constitués autour de distributeurs de services – services publics, privés ou de la communauté. Le but de cette démarche consiste essentiellement à comprendre la perspective des personnes âgées en termes de besoins, tout en tenant compte des solutions qu'ils ont à proposer aux défis posés à leur communauté (ville, arrondissement ou même quartier).

La grille de services

L'équipe de recherche a produit une grille faisant état d'un éventail de services susceptibles d'être offerts dans une communauté idéale. Cet idéal-type est utile pour prendre la mesure des services objectivement offerts dans un milieu donné. Combinée aux informations recueillies dans les groupes de discussion, on peut aussi évaluer la connaissance des services offerts par ceux à qui ils s'adressent. Cette perception de l'offre de services est aussi importante que l'offre de services réelle. Nous avons observé que plusieurs services étaient méconnus ou faisaient l'objet de préjugés souvent ancrés depuis des années. Selon l'écart constaté entre la perception et la réalité, certains milieux peuvent choisir de faire un plan de communication pour rétablir certains faits.

Le portrait statistique du milieu

Cette collecte de données visant à présenter le milieu s'effectue à l'aide des sites spécialisés en statistiques populationnelles. À l'aide de Statistique Canada ou de l'Institut de la statistique du Québec, il est possible, après une courte formation offerte par l'équipe VADA, de naviguer *via* Internet sur une mine d'informations statistiques. L'utilisateur peut trouver des données très fines sur une communauté, une ville et même un quartier. Il s'agit d'une opération technique qui peut avoir une importance stratégique fondamentale. Certains acteurs siégeant au comité de pilotage ont ainsi pris conscience de l'ampleur du défi auquel ils devaient faire face.

Les comités de pilotage

Le comité de pilotage est un élément essentiel de l'initiative VADA-QC. Le comité de pilotage multisectoriel constitué dans chaque ville se veut une structure favorable à une mobilisation concertée des acteurs du milieu, souhaitable pour le démarrage de projets dans une perspective de développement de la communauté. La possibilité de développer des projets variés demeure du ressort des comités de pilotage et l'on peut même dire que cela repose entièrement sur sa composition. La nature élargie des projets potentiels acceptés par le secrétariat aux Aînés permet d'intéresser des acteurs de secteurs différents ; ce faisant, des synergies entre les secteurs sont possibles et sont encouragées. Que l'on songe, par exemple, à un projet de sentinelles bénévoles communautaires, jouxté aux interventions de surveillance des quartiers ainsi qu'à l'intervention d'une équipe d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) en maltraitance ou sur d'autres causes de l'isolement des aînés. La mise en commun de ressources (financières, matérielles, humaines ou informationnelles) issues de secteurs différents peut permettre la réalisation d'un projet commun plus consistant qu'il n'aurait pu l'être sans cette collaboration.

Les rôles et responsabilités des membres du comité de pilotage

Les ententes signées entre le secrétariat aux Aînés et les municipalités pour l'obtention du financement établissaient un certain nombre d'obligations, dont la mise en place d'un comité de pilotage. Si les municipalités étaient libres de choisir les personnes, la présence de membres provenant d'organismes d'aînés, du CSSS, du secteur de l'administration municipale et finalement d'un élu municipal avait été grandement sollicitée par le secrétariat aux Aînés. La présence de représentants spécifiques avait pour but de permettre que certains thèmes puissent trouver un écho favorable. La première force du comité de pilotage est ainsi due au caractère élargi de sa composition multisectorielle. Le rôle de ce comité consiste à suivre et faciliter chacune des trois étapes, à collaborer à la mise en œuvre des actions, à faire circuler l'information, ainsi qu'à participer à la mobilisation des acteurs et décideurs du milieu. Comme on peut le constater, à la différence d'un comité d'experts (*advisory committee*), le comité de pilotage joue un rôle beaucoup plus étendu.

Le bilan : un portrait du milieu

Au terme de la première étape, on se retrouve avec un bilan brossant un portrait signifiant de la communauté, qui tient compte des forces mais aussi des défis qu'il faudra relever dans les prochaines années. L'appropriation de ce bilan par l'ensemble des membres du comité de pilotage, des associations et des organismes, est alors une condition de réussite pour la suite des actions à mener.

L'étape 2 : le plan d'action

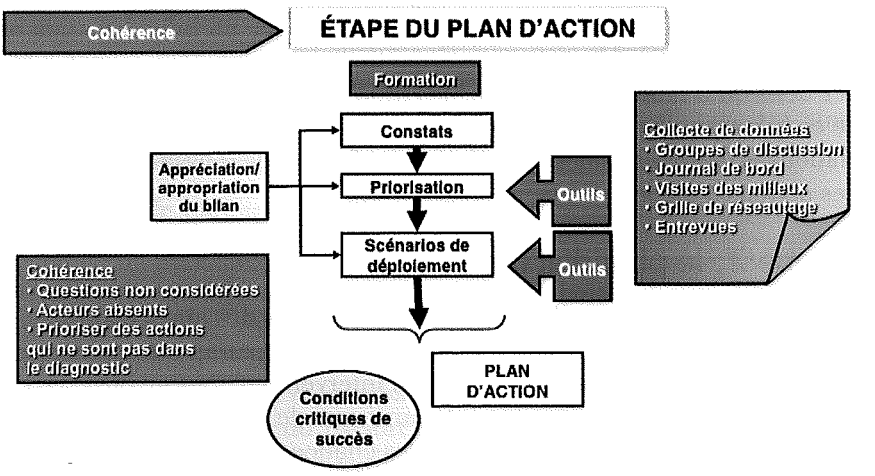
Une fois le portrait du milieu dressé et les besoins des aînés exprimés, le comité de pilotage construit sa vision d'ensemble, partage ses préoccupations avec le groupe, élabore des idées d'intervention. Partant des constats de la situation dans la communauté ainsi que de la connaissance intime de la culture locale, des pratiques et des chances de succès, les membres devront inévitablement effectuer une priorisation des projets destinés à améliorer les conditions de vie des aînés, en fonction de certains critères à définir au sein du comité, puis choisir le ou les scénarios envisageables pour la durée du projet VADA-QC. Ce processus, qui s'effectue en grande partie en groupe, permet l'élaboration d'une vision commune, parfois aussi stratégique, qui tient compte des contingences locales. Ce faisant, le comité de pilotage définit les résultats qu'il souhaite atteindre dans le futur, lequel est balisé en période d'implantation.

La démarche est menée essentiellement à l'aide des outils du Cadre logique. Ce sont les membres du comité de pilotage qui formulent ensemble le but, les objectifs, les intrants, les ressources, les activités, les extrants, de

sorte qu'il soit possible d'identifier aisément les indicateurs d'implantation des projets. Le processus se veut formateur. Il permet le renforcement des capacités du groupe qui profite de cet exercice pour partager des valeurs, mieux connaître les expertises complémentaires des membres, transposer au plan d'action des projets qui sont attrayants pour les aînés et qui respectent leurs valeurs. C'est également une occasion de voir si de nouveaux partenariats peuvent se créer et si d'anciens partenariats peuvent être relancés. La provenance intersectorielle des membres produit une complexité dans les rapports certes, mais également une richesse. Aussi, comme plusieurs l'ont exprimé pendant la démarche, « seul, on va plus vite, mais ensemble on va plus loin ».

La présentation du plan d'action au conseil municipal a été identifiée comme une conclusion importante de cette deuxième étape. Certaines villes ont choisi de faire un événement public autour du plan d'action afin d'en faire connaître la teneur à l'ensemble de la population.

Figure 4. Étape 2 du projet VADA



© Équipe de recherche du Projet pilote Villes Amies des aînés – Québec, Centre de recherche sur le vieillissement CSSS-IUGS, 2011

L'étape 3 : la mise en œuvre du plan d'action

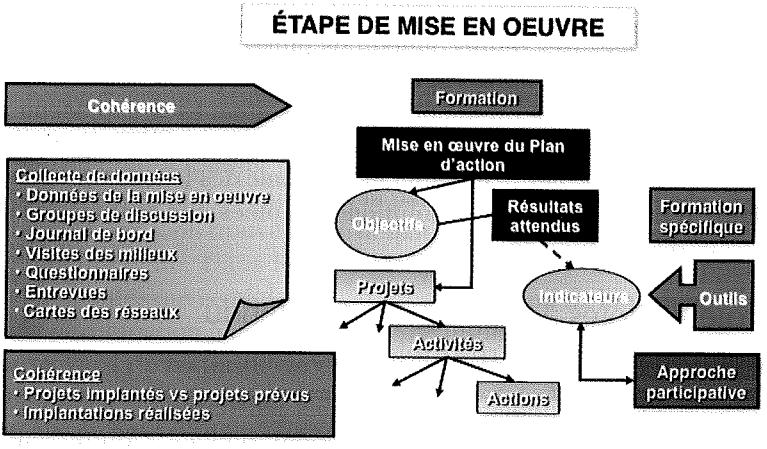
À cette étape de déploiement des projets, les sites sont déjà entrés en action. En effet, certaines municipalités s'engagent rapidement dans des projets jugés mûrs, pour lesquels des opportunités se présentent ou qui requièrent encore une recherche de fonds supplémentaires. Il faut mentionner ici que le financement offert aux villes pour le projet VADA est en partie assigné en salaires pour l'agent(e) de recherche ou le/la chargé(e) de projets recruté(e) par la ville pour coordonner la démarche. Le montant qui reste

ne permet de réaliser qu'une partie des projets, dont certains nécessitent des ressources humaines et matérielles importantes.

Bien que rien n'oblige les comités de pilotage à le faire, certains ont réagi de façon proactive en recherchant rapidement l'octroi de subventions pour des projets précis (par exemple, un carrefour ou une ligne d'informations pour les aînés) ou encore en tentant des montages financiers sur la base de partenariats. D'autres ont commencé à travailler au niveau des programmations de loisirs municipaux afin d'y intégrer des problématiques spécifiques aux aînés (horaires, accessibilité, adaptation de certaines activités, propositions d'activités ciblées, etc.).

Suite à la présentation des plans d'action VADA aux conseils municipaux, les projets amorcés depuis le début de l'année 2010 représentent aujourd'hui soit une priorité absolue, soit un dossier bien spécifique en cours de réalisation en attendant des confirmations d'autres octrois.

Figure 5. Étape 3 du projet VADA



© Équipe de recherche du Projet pilote Villes Amies des aînés – Québec, Centre de recherche sur le vieillissement CSSS-IUGS, 2011

Quelques exemples de projets

Dans la logique du processus établi dans VADA-QC, les projets mis en place dans les villes correspondent à des besoins ou à des problèmes identifiés à l'étape du diagnostic. Ainsi, pour remédier à l'isolement social de certaines personnes âgées parmi les plus marginalisées, on voit apparaître un projet de vigile bénévole qui vise à dépister et à signaler au besoin et avec leur accord les personnes concernées. Pour pallier le problème d'accessibilité de certains équipements de transport urbain, on profite du renouvellement des véhicules pour demander des spécifications utiles

aux aînés (plancher bas, proximité de la sonnette, horaires et parcours adaptés). Dans le domaine du loisir, on procède à un nouvel état de situation sur l'offre globale des activités en considérant ce segment de la population. Ici, on lance une campagne de sensibilisation au respect des aînés, et à l'action bénévole. On travaille de concert avec les organismes qui s'occupent des aînés, tout en favorisant le croisement des générations, les rapprochements, les activités intergénérationnelles. Ailleurs, la priorité est donnée à une réflexion sur les moyens d'améliorer la concertation entre les organismes et associations d'aînés. Car on a beau multiplier les espaces de concertation, très peu fonctionnent réellement dans les faits, chacun étant habitué à travailler en silo – il faut donc repenser notre manière de travailler ensemble (Bourque, 2008).

Un autre exemple significatif est à considérer, dans une région éloignée, dont la densité de population est de moins d'un habitant par kilomètre carré : un véritable défi se pose aux personnes âgées vivant dans des villages qui se dévitalisent. La toute première priorité a consisté à effectuer des démarches pour bâtir un partenariat d'investisseurs et démarrer un service de transport-accompagnement (personnalisé) pour les aînés habitant dans des villages très retirés, afin qu'ils puissent se rendre au CSSS, à la pharmacie, à l'épicerie. Il s'agit d'une véritable innovation sociale : les modalités de transport prennent en compte autant les déplacements que les besoins de liens sociaux. Dans la plupart des villes, l'étape du diagnostic a permis de mettre en relief le problème des logements sociaux et des lieux d'hébergement. Des solutions adaptées aux réalités locales sont en train d'être étudiées.

Des projets pilotes à un programme étendu à l'ensemble du territoire québécois

Le succès de VADA-Québec dans les villes participantes a permis le développement d'un large programme national, nommé « Municipalités amies des aînés » (MADA), mis en place par le ministère de la Famille et des Aînés. Le nouveau programme maintient les mêmes fondements que le précédent, à savoir une approche locale et participative. Le Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) du CSSS-IUGS a reçu le mandat de soutenir un organisme sans but lucratif, le Carrefour action municipale et famille, qui œuvre dans le milieu municipal depuis plus d'une vingtaine d'années. Cet organisme accompagnera les nouvelles municipalités désireuses de se doter d'un environnement social et bâti mieux adapté à la réalité du vieillissement de leur population.

Nous avons voulu dans cette contribution faire état d'une démarche susceptible de garantir une forme de participation pertinente de la part de citoyens qui ne sont plus des travailleurs actifs – marqueur social incontournable

s'il en est – à la vie de la cité. Par « cité », ici, nous entendons espace de parole, lieu de discussion pour la prise de décision. Il est ici question de communautés diversifiées, quelquefois en déclin, mais toujours constituées d'hommes et de femmes de tous milieux qui se saisissent du défi du vieillissement de la population en proposant une nouvelle conception de la cité qui refuse la relégation aux marges. Le souhait de faire encore partie de l'espace public, source de reconnaissance (Garon *et al.*, 2008) essentielle à tout individu, est encore bien présent.

Ainsi, dans chacun des projets développés par les villes, participant à l'expérience VADA-QC, on retrouve à l'avant-scène des aînés, leurs associations et leurs tables de concertation. Le programme est conçu pour permettre la réalisation d'actions pour et par les aînés. Leur participation ne se réduit pas à de la figuration mais elle est essentielle pour la bonne adéquation entre les besoins qu'ils ont exprimés et les actions à mettre en place et ce, aussi bien à l'étape du diagnostic qu'à celle du plan d'action. Aux yeux de certains chercheurs, cette approche apparaît populiste ou même dangereuse parce qu'elle pourrait laisser place à une forme de démagogie. Cette crainte serait justifiée dans un autre cadre méthodologique. Mais celui que nous proposons permet précisément d'éviter ces écueils. En revanche, il existe bel et bien des façons de détourner le sens de ce programme. Mais cela ne peut se faire qu'à visage découvert. On sait que le terme « participation » est des plus polysémiques. Pour Pretty (1995), la participation peut se décliner en sept modes, depuis la participation manipulatrice jusqu'à la participation mobilisatrice. Aux stades intermédiaires, on trouve la participation interactive et une autre qualifiée de fonctionnelle. Dans les faits, toute démarche de développement des communautés qui se réclame participative se doit de bien définir le registre de la participation à laquelle sont conviés les acteurs sociaux et se donner les moyens de rester fidèle à ce choix. Impératif qui exige une réflexion sur les possibilités de ces modèles, tel celui de VADA-QC qui, pour cette raison, ne peut être transposé dans tous les univers sociaux

Bibliographie

- **Association canadienne de santé publique** (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé,* document récupéré le 19 juillet 2010 sur Charte/ottawachart.pdf

- **Barondess J.** (2008), « Toward healthy aging : the preservation of health », *Journal of the American Geriatrics Society, 56,* p. 145-148.

- **Biggs S., Phillipson C., Money A.-M., Leach, R.** (2006), « The age-shift : observation on social policies, ageism and the dynamics of the adult lifecourse », *Journal of Social Work Practice, 20,* p. 239-250.

- **Bourque D.** (2008), *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, Presses de l'université du Québec.

- **Bourque D., Favreau L.** (2003), « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social, 50,* p. 295-308.

- **Caillouette J., Garon S., Dallaire N., Boyer G., Ellyson A.** (2009), « Étude des pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas », *Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES),* coll. « Études théoriques », ET0903, p. 1-113.

- **Caillouette J., Dallaire N., Boyer G., Garon S.** (2009), « Territorialité, action publique locale et développement des communautés », *Économie et solidarités, 381,* n° consacré à l'économie sociale, le développement local et la solidarité, p. 8-23.

- **Chen H., Rossy T.** (1990), *Theory-driven Evaluation*, Newbury Park, Sage Publications.

- **Chen H.** (2005), *Practical Program Evaluation Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*, NewBury Park, Sage Publications.

- **Chen H.** (2010), « The bottom-up approach to integrative validity : a new perspective for program evaluation », *Evaluation and Program Planning, 33,* p. 205-214.

- **Chaskin R., Brown P., Venkatesh S., Vidal A.** (2001), *Building Community Capacity*, New York, Aldine de Gruyter.

- **Contandriopoulos A.-P., Denis J.-L, Rodriguez R., Dubois C.A.** (2001), « Le privé dans le domaine de la santé : une petite dose peut guérir, mais une trop grosse tue », *in* Morais H., Venne M. (éds.), *Santé : pour une thérapie de choc !*, Québec, Presses de l'université Laval, p. 103-116.

- **European Union** (2007), *Evaluating Coordination, Complementarity and Coherence in EU Development Policy : a Synthesis – Triple C's Evaluations*, document récupéré le19 juillet 2010 sur http ://www.three-cs.net/.

- **Gagnon C.** (2007), *L'élaboration du plan d'action Agenda XXIe siècle local,* document récupéré le 19 juillet 2010 sur http ://www.a21l.QC.ca/9569_fr.html.

- **Garon S., Beaulieu M., Veil A.** (2008), « Le programme *Villes amies des aînés* de l'Organisation mondiale de la santé : une occasion de reconnaissance pour les aînés ? », *Éthique publique, 10,* p. 117-124.

- **Gee E., Gutman G.** (2000), *Overselling of Population Aging : Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges and Social Policy*, Don Mills, Oxford University Press.

- **Gouvernement du Québec** (2009), *Municipalité amie des aînés. Favoriser le vieillissement actif du Québec*, Québec, secrétariat de la Famille et des Aînés.

- **Gouvernement du Canada** (2007), *Age-Friendly Rural and Remote Communities : A Guide*, Ottawa : Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Committee of Officials (Seniors), document récupéré le 21 juillet 2010 sur http ://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age_friendly_rural/AFRRC_en.pdf

- **Greenhalgh T., Kristjansson E., Robinson V.** (2007), « Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes », *British Medical Journal, 335,* p. 858-861.

- **Létourneau E., Girard C.** (2007), « Les contrastes régionaux du vieillissement à l'horizon de 2026 », *in* Gauthier H. (éd.), *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, série « Conditions de vie », Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 47-82.

- **Lui C., Everingham J., Warburton J., Cuthill M., Bartlett H.** (2009), « What makes a community age-friendly : a review of international literature », *Australian Journal on Ageing, 28*, p. 116-121.

- **Ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire, Gouvernement du Québec** (2009), *La Municipalité régionale de comté,* document récupéré le 30 mai 2009 de http ://www.mamrot.gouv.qc.ca/amenagement-du-territoire/documentation/

- **Ministère des Affaires municipales et Régions** (2006), *L'Organisation municipale du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.

- **Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir** (2004), « Les effets du vieillissement de la population québécoise sur la gestion des affaires et des services municipaux », Québec, Gouvernement du Québec.

- **Minkler M., Wallerstein N.** (2008), *Community-Based Participatory Research for Health. From Process to Outcomes*, San Francisco, Jossey-Bass, 2e éd.

- **Mintzberg H.** (1994), *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris, Dunod.

- **Nations Unies** (1983), *Vienna International Plan of Action on Aging*, New York, Nations Unies.

- **Nations Unies** (1991), *Principles for Older Persons*, New York, Nations Unies.

- **Nations Unies** (2002), « Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement », New York, Nations Unies.

- **Nations Unies** (2006), *Guidelines for Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing*, New York, Nations Unies.

- **Ninacs W.A.** (2008), *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Presses de l'université Laval.

- **Organisation mondiale de la santé** (2002), *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

- **Organisation mondiale de la santé** (2006), *Protocole de Vancouver. Villes amies des aînés, marche à suivre,* Genève, Organisation mondiale de la santé.

- **Organisation mondiale de la santé** (2007), *Guide mondial des villes amies des aînés*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

- **Paris M., Beaulieu M., Garon S.** (2009), « Age-friendly cities' epistemological itinerary : a content analysis of five international policies in ageing development », affiche, 19e Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie à Paris (France).

- **Pawson R., Tilley N.** (1997), *Realistic Evaluation,* Thousand Oaks, Sage Publications.

- **Pawson R.** (2006), *Evidence-Based Policy : a Realist Perspective*, Thousand Oaks, Sage Publications.

- **Potvin L., McQueen D.** (2008), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Values and Research*, New York, Springer.

- **Pretty J.** (1995), « Participatory learning for sustainable agriculture », *World Development, 23*, p. 1247-1263.

- **Secrétariat du Conseil du Trésor** (2002), *Guide sur la gestion axée sur les résultats*, Québec, Gouvernement du Québec, coll. « Modernisation de la gestion publique ».

- **Statistique Canada** (2008), *Regard sur la démographie canadienne,* Ottawa, Gouvernement du Canada.

- **Syme S. L.** (2004), « Social determinants of health : the community as an empowered partner », *Preventing Chronic Disease, 1,* p. 1-5.

- **Viriot-Durandal J.-Ph.** (2003), *Le Pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression des retraités*, Paris, PUF.

Les défis territoriaux face au vieillissement

Sous la direction
de Jean-Philippe Viriot-Durandal,
Christian Pihet et Pierre-Marie Chapon

La documentation Française

© Direction de l'information légale et administrative, Paris 2012
ISBN : 978-2-11-008608-2

« En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, complétés par la loi du 3 janvier 1995, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »