CHAPITRE

11

VILLES AMIES DES AÎNÉS AU QUÉBEC
MISE EN ŒUVRE ET CONDITIONS D'IMPLANTATION DE TROIS PROJETS PILOTES

Suzanne Garon, Mario Paris, Anne Veil, Marie Beaulieu
et Andréanne Laliberté

Depuis quelques années, les initiatives permettant d'adapter les environnements bâtis et sociaux intéressent de plus en plus les décideurs publics afin de répondre aux défis rattachés au vieillissement de la population (Lui *et al.*, 2009). L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la foulée de plusieurs initiatives partout dans le monde (Austin *et al.*, 2001 ; Kihl *et al.*, 2005 ; Kochera et Bright, 2006 ; Kohler, 2007), a publié un *Guide mondial des Villes amies des aînés* (VADA). Sans pour autant proposer un « mode d'emploi » particulier pour en assurer la réalisation, ce guide précise différentes actions du ressort des villes qui s'intéressent à une meilleure adéquation de leurs infrastructures et services aux besoins des aînés. Malgré son développement récent (Johnson, 2009), VADA a pris un essor considérable. Ainsi, on dénombre plusieurs centaines de villes amies des aînés partout dans le monde (Buffel, Phillipson et Scharf, 2012). Le 29 juin 2010, l'OMS lançait son Réseau mondial rassemblant les communautés et villes amies des aînés des quatre coins du monde, au sein duquel un réseau francophone des villes amies se constituait pour se doter d'une charte, la déclaration de Dublin, signée le 1er octobre 2011. Les objectifs du Réseau mondial consistent à établir des liens entre les villes et l'OMS, ainsi qu'un réseautage permettant un échange d'informations pertinentes et

des discussions sur les meilleures pratiques. Il se veut une modalité de soutien et de formation, ainsi qu'un moyen d'encourager les actions appropriées, durables et efficientes partout sur le globe[1].

Depuis 2007, ce sont sept provinces au Canada qui ont entrepris un processus VADA (Plouffe, 2011). Au Québec, plus de 700 municipalités[2] ont amorcé la démarche VADA[3]. L'intérêt des gouvernements face à la mise en place de projets inspirés de VADA est dû, en grande partie, au vieillissement rapide de la population. Au Québec, ce vieillissement représente 1 347 206 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 16,6 % de la population de la province, ou un Québécois sur six (Institut de la statistique du Québec – ISQ, 2013, p. 29). Le nombre d'aînés augmente de façon substantielle puisque la génération des *baby-boomers*, soit les personnes nées entre 1946 et 1966, a atteint 65 ans en 2011. En 2031, 26 % de la population du Québec aura 65 ans et plus (ISQ, 2013). L'espérance de vie à la naissance, hommes et femmes confondus, est de 81,8 ans, une des plus élevées du monde.

À partir de trois cas, l'objectif pour ce chapitre est de décrire la démarche générale de VADA au Québec (VADA-QC) et d'exposer certains résultats à l'égard de ses conditions de réussite (ou d'échec). Ce faisant, on présente d'abord un aperçu des approches qui soutiennent VADA-QC. Ensuite, on explique les caractéristiques du modèle québécois en matière de villes amies des aînés. Enfin, on illustre les conditions de réussite (ou d'échec) sous les étapes de la démarche VADA-QC.

1. Approches

En 2008, le Secrétariat aux aînés du gouvernement du Québec, assisté par l'équipe de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV), développe un modèle de recherche-action (Minkler et Wallerstein, 2005), comprenant une démarche évaluative structurée. Le but est d'implanter la démarche VADA-QC dans sept projets pilotes. En tout, on retrouve quatre municipalités de taille moyenne (entre 20 000 et 72 000 habitants), un arrondissement d'une grande ville (72 000 habitants), ainsi qu'une municipalité régionale de comté (réunissant 22 municipalités) où vivent 16 380 personnes sur un territoire de plus 19 000 km² (ou moins d'une

1. OMS, « Programme et projets. Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des ainés », <http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/>, consulté le 16 octobre 2013.
2. Gouvernement du Québec, « Qu'est-ce qu'une municipalité amie des aînés ? », <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/index.aspx>, consulté le 27 février 2014.
3. Internet Média, <http://www.vada2013.ca/fr/>, consulté le 16 octobre 2013.

personne au km²). En milieu rural et semi-rural, les petites municipalités regroupent sous un seul toit les lieux de décision en matière territoriale et municipale, sous la gouverne de la Municipalité régionale de comté (MRC), reconnue comme le palier supralocal. En 2011-2012, on compte au Québec 86 MRC et 18 territoires équivalant à une MRC, ainsi que 1 112 municipalités auxquelles s'ajoutent les villages nordiques. Les municipalités locales doivent administrer leur territoire par des lois et réglementations sur des domaines partagés avec l'État, soit l'habitation, les routes, la police, les services de protection contre l'incendie, le transport en commun, les loisirs, les parcs, etc. Près de la moitié de la population du Québec habite dans les dix grandes villes de plus de 100 000 habitants. Pour leur part, les sept projets pilotes pour l'étude VADA-QC étaient répartis dans différentes régions du territoire québécois et représentaient des milieux urbains et ruraux.

VADA-QC s'appuie sur deux approches distinctes, mais interreliées, que sont l'approche participative et celle du développement des communautés. Voici une description de chacune de ces approches.

1.1. Approche participative

Promue par l'OMS, l'approche participative dite ascendante (ou «*bottom up*») favorise la participation des aînés dans l'identification et l'analyse de leurs besoins au sein des politiques et des programmes publics (OMS, 2007). Cette approche est apparue dans la foulée de l'adoption de la Charte d'Ottawa (1986)[4] et de l'avènement de l'épidémiologie sociale ou critique dans les années 1990 (Syme, 2004). Elle oblige à repenser le rôle de la communauté, dans la manière d'appréhender la réalité à étudier ou à évaluer. Elle redonne à la communauté une place prépondérante, tant dans l'identification que dans les solutions aux différents problèmes sociaux, sans pour autant délester l'État de ses responsabilités. Les fondements d'*empowerment* intégrés à l'approche participative permettent de saisir toute la dimension sociale de certaines problématiques afin d'éviter de faire porter le poids des changements sociaux essentiellement sur les individus. Dans le cas de la démarche VADA, par exemple, les aînés sont les mieux placés pour parler de leur situation. Ils contribuent aussi à discerner les solutions à leurs problèmes de manière beaucoup plus efficace que ne le feraient des fournisseurs de services ou des experts (Greenhalgh, Kristjansson et Robinson, 2007).

4. Voir ladite Charte sur le site suivant: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>, consulté le 16 octobre 2013.

1.2. Approche du développement des communautés

Le développement des communautés constitue une approche très prisée et répandue, et cela, tant dans la recherche qu'à travers la pratique sociale au Québec (Bourque, 2008). Il désigne un processus global par lequel les forces vives d'une communauté locale se regroupent pour agir ensemble à la réalisation d'un objectif commun. Il correspond aux actions qui suscitent l'engagement d'individus et d'organismes locaux concernés par une situation qu'ils souhaitent transformer en se regroupant (Ninacs, 2008). En fait, il est reconnu que le développement des communautés renvoie à une manière différente d'agir dans le cadre de politiques publiques et qu'il est 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 al.*, 2007). Ainsi, la ville est le lieu d'appartenance pour les acteurs engagés dans la démarche VADA-QC. De plus, il permet la participation de l'ensemble des acteurs de la société civile, de l'administration publique et municipale et du politique.

2. Méthodes

À partir d'une étude de cas multiples (Yin, 2009), le but de VADA-QC est d'évaluer la mise en œuvre et les effets des sept projets pilotes en mettant l'accent sur une méthode d'évaluation réaliste (Pawson et Tilley, 1997; Pawson, 2006). La collecte des données est basée sur un devis mixte (Creswell et Clark, 2010) inscrit dans une perspective longitudinale courte.

Pour les fins de ce chapitre, nous utilisons les données provenant d'une série de groupes de discussion avec les membres des comités de pilotage, plusieurs journaux de bord et des revues de presse fournis par les chargés de projet[5], les procès-verbaux des réunions du comité de pilotage, ainsi que des documents issus de chacun des projets pilotes: rapport de diagnostic social, plan d'action et questionnaires sur la collaboration (Mattessich *et al.*, 2001) et sur le réseautage organisationnel (Provan *et al.*, 2005). Les données du questionnaire sur les facteurs de collaboration ont été analysées par triangulation des résultats, de pair avec les données qualitatives des journaux de bord et des entrevues, ce qui permet de clarifier le sens ou le contexte des résultats du questionnaire (tableau 11.1). Ils ne

5. Chaque projet pilote a un chargé de projet qui organise et coordonne la démarche VADA-QC.

TABLEAU 11.1.

Description des collectes de données pour les cas A, B et C de 2008 à 2012

		2008	2009	2010	2011	2012	Total
Groupes de discussion	Cas A	–	1	1	1	1	4
	Cas B	–	1	1	1	1	4
	Cas C	–	1	1	1	1	4
Journaux de bord et revues de presse	Cas A	–	2	3	4	–	9
	Cas B	–	2	3	2	–	7
	Cas C	–	1	2	3	–	6
Procès-verbal des réunions du comité de pilotage	Cas A	–	11	9	4	–	24
	Cas B	3	12	8	2	–	25
	Cas C	2	5	3	1	–	11
Diagnostic social	Cas A	–	1	–	–	–	1
	Cas B	–	1	–	–	–	1
	Cas C	–	1	–	–	–	1
Plan d'action	Cas A	–	1	–	–	–	1
	Cas B	–	1	–	–	–	1
	Cas C	–	1	–	–	–	1
Questionnaire sur le réseautage organisationnel	Cas A	–	8	6	5	–	19
	Cas B	–	11	11	10	–	32
	Cas C	–	3	4	4	–	11
Questionnaire Wilder sur les facteurs de collaboration	Cas A	–	8	7	5	–	20
	Cas B	–	11	11	10	–	32
	Cas C	–	3	4	4	–	11

sont pas décrits dans le présent chapitre. Les résultats sur le réseautage ont été plus particulièrement mis en rapport avec la composition du comité de pilotage et les rôles endossés par les différents acteurs.

Au plan méthodologique, la triangulation contribue à la validité des résultats de recherche dans un devis mixte ou lors de l'utilisation de plusieurs sources de données. Comme l'expliquent Farmer *et al.* (2006), la triangulation permet d'explorer les convergences, la complémentarité et la dissonance à l'intérieur du corpus de données, de manière à ce que l'interprétation des résultats acquière davantage de crédibilité.

3. Modèle en trois étapes

Les phases de la démarche VADA-QC rappellent celles proposées en planification stratégique (Mintzberg, 1994), où chacune des étapes doit être complétée afin de passer à la suivante. La démarche VADA-QC propose trois étapes principales, selon une chronologie s'étalant sur cinq ans (Garon *et al.*, 2014).

La première étape, le diagnostic social, prend appui sur l'analyse de l'environnement (la communauté) afin d'identifier ses avantages et désavantages en lien avec le vieillissement, ainsi que sur l'analyse des capacités des organisations réunies au comité de pilotage pour agir en cette matière.

La seconde étape, celle du plan d'action, comprend une appropriation du diagnostic social réalisé, afin d'en ressortir des constats permettant subséquemment de prioriser des actions, en tenant compte des conditions de succès à réunir.

La troisième étape, la mise en œuvre, comporte un déploiement organisé de ressources en vue de réaliser le plan d'action, accompagné d'un monitorage de l'implantation des actions et d'une évaluation des résultats.

3.1. Comité de pilotage

L'amorce de la démarche comprend la mise en place et l'engagement du comité de pilotage, un groupe d'intervenants et de dirigeants de tous âges, dont des aînés, provenant de divers secteurs (municipal, public, privé, communautaire, etc.). Chacun des membres est mandaté par son organisation d'appartenance pour la représenter. Le rôle de ce comité consiste à susciter l'engagement et à faciliter la réalisation de chacune des trois étapes, à mettre en place 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 de concertation et de collaboration[6] (Butterfoss, 2007). De plus, la mise en

6. Dans VADA, la collaboration entre les organisations implique des relations formelles et informelles qui progressent en fonction d'un but commun. Elle nécessite une distribution des rôles entre les acteurs. Nous en considérons quatre: 1) le leader assume l'essentiel des responsabilités; 2) le facilitateur implique certaines tâches déjà intégrées à sa mission; 3) l'ambassadeur correspond aux interventions sur la place publique et aux représentations nécessaires pour stimuler la réalisation du projet; 4) le rôle de collaborateur est circonscrit à l'intérieur d'un partage de responsabilités. (Cahier de formation du Carrefour Action municipale et famille, partenaire dans l'accompagnement des municipalités amies des aînés au Québec).

commun de ressources (financières, matérielles, humaines ou informationnelles) issues de secteurs différents dans le milieu, permet souvent la réalisation d'actions communes plus consistantes.

La composition générale du comité de pilotage diffère d'un projet pilote à l'autre. Il est généralement constitué de six à dix-huit membres provenant d'associations d'aînés, d'organisations publiques en santé et services sociaux, ou encore d'administrations et d'organismes municipaux. D'ailleurs, cette représentation diversifiée des acteurs du milieu constitue une condition de réussite de VADA-QC. En effet, elle aide à travailler sur l'enjeu des conditions de vie des aînés, croisé par les huit domaines d'action identifiés par l'OMS pour la mise en œuvre de la démarche Ville amie des aînés.

3.2. Étape 1 – Diagnostic social

Le diagnostic social consiste à rassembler, dans une perspective participative, des informations factuelles pertinentes sur une problématique donnée afin d'en dégager un portrait actuel, partagé entre les acteurs concernés et permettant de cibler des actions cohérentes avec la réalité du territoire. Cette méthode s'apparente à celle du « diagnostic des territoires » (Lardon *et al.*, 2005) et peut s'arrimer avec l'approche du diagnostic social constituée autour des déterminants structurels de la santé (Brown *et al.*, 2011). Réaliser un diagnostic social est essentiel à la réussite des étapes subséquentes de la démarche VADA-QC. Il permet l'émergence d'une vision partagée par l'ensemble des membres du comité de pilotage devant la réalité du vieillissement de leur communauté. Dans le cas de l'expérience québécoise, trois sources de cueillette de données assurent la rigueur du diagnostic social.

Le portrait statistique du milieu. Cette collecte de données vise à décrire le milieu à partir d'informations disponibles au grand public, entre autres les données de statistique populationnelle accessibles sur Internet. Au Canada et au Québec, les principales sources proviennent de Statistique Canada, de l'Institut de la Statistique du Québec et de l'Institut national de santé publique du Québec. Les grandes villes disposent également de données d'intérêt sur leur territoire, de même que les Centres de santé et de services sociaux. L'intérêt est dirigé vers le taux de vieillissement et les caractéristiques sociales et économiques du territoire, incluant des informations particulières sur la mobilité et sur l'habitation des aînés lorsque disponibles.

Les groupes de discussion. Le but de cette démarche consiste essentiellement à bien saisir la perspective des aînés quant à leurs besoins, tout en tenant en compte des solutions qu'ils ont à proposer pour relever les défis vécus dans leur communauté (urbaine ou rurale). Les indications du

protocole de Vancouver (OMS, 2006) permettent à toutes les régions qui entreprennent un projet Ville amie des aînés d'assurer la même rigueur et l'uniformité des méthodes. Les groupes de discussion sont menés auprès de quatre groupes d'aînés, choisis selon l'âge et le revenu : deux groupes dont les participants ont 75 ans et plus, et deux groupes dont les participants ont entre 65 et 74 ans. Pour chaque regroupement d'âges, un groupe est formé de gens aux revenus moyens, et l'autre de gens aux revenus modestes. Trois autres groupes de discussion sont réalisés auprès de fournisseurs de services (publics, privés ou communautaires). Aux huit thèmes de consultation identifiés dans le guide de l'OMS[7] a été ajouté celui du mode de vie sain, qui correspondait à une préoccupation du Secrétariat aux aînés du Québec. Le déroulement des groupes de discussion demande un peu plus de deux heures trente minutes. Ils sont animés par le chargé de projet rattaché à la municipalité et à la démarche VADA-QC.

La grille de services. L'équipe de recherche du CDRV a conçu une grille de services qui fait état d'un éventail de politiques municipales, de services et de programmes d'intérêt pour les aînés, que l'on peut retrouver à proximité ou à distance des localités. Cet outil est nécessaire pour prendre la mesure des services offerts dans un milieu donné et de leur accessibilité géographique. Combinée aux informations recueillies dans les groupes de discussion, la grille permet d'évaluer les écarts entre ce qui existe et ce que les aînés connaissent sur les services qui s'adressent à eux. Cette perception de l'offre de services est aussi importante que l'offre de services réelle, puisque si les aînés ignorent l'existence des services qui s'adressent à eux, ils ne les utilisent pas.

Le diagnostic social se termine par un bilan global qui brosse un portrait du milieu qui tient compte de ses forces et faiblesses à l'égard des environnements favorables au vieillissement actif des aînés, tout en mettant en évidence les défis que la communauté doit relever pour adapter ses structures et ses programmes au vieillissement de sa population.

3.3. Étape 2 – Plan d'action

Après s'être approprié le bilan du milieu, le comité de pilotage met en évidence les constats généraux du diagnostic social et définit les valeurs et les orientations qui guideront la municipalité et ses partenaires dans leur intervention auprès des aînés.

7. 1) transport; 2) habitat; 3) participation au tissu social; 4) respect et inclusion sociale; 5) participation citoyenne et emploi; 6) communication et information; 7) soutien communautaire et service de santé; 8) espaces extérieurs et bâtiments.

Partant des constats, le comité doit effectuer une priorisation des actions destinées à améliorer les conditions de vie des aînés. Cette priorisation sera facilitée par une connaissance intime de la communauté et des pratiques existantes. En fonction de critères proposés au comité de pilotage (réponse à un besoin prioritaire, caractère structurant et mobilisateur des actions, faisabilité en termes de ressources et de temps, identification d'un porteur), celui-ci choisit le ou les scénarios d'actions envisageables pour la durée de VADA-QC. Ce processus s'effectue au sein du comité et permet aux membres de construire une vision commune sur le vieillissement de la communauté[8], ainsi que sur la volonté et la capacité des acteurs à se mobiliser pour adapter les environnements bâtis et sociaux aux aînés. Cette vision commune peut même adopter les caractéristiques d'une vision stratégique[9] qui tient compte des contingences locales.

Le plan d'action s'inspire d'une démarche orientée selon un cadre structuré autour du modèle logique (Kellogg Foundation, 2004), ainsi que selon les principes d'une gestion axée sur les résultats (ACDI, 1999). Ce sont les membres du comité de pilotage qui formulent le plan d'action en fonction de paramètres proposés :

1. objectifs (précisent clairement les résultats attendus pour qu'on puisse évaluer s'ils ont été atteints ou non) ;
2. intrants (les ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles pour réaliser les actions) ;
3. activités (événements dont les groupes ciblés retireront des bénéfices) ;
4. extrants (bien ou service livrable ou observable résultant des activités réalisées).

Également, il est possible pour les membres du comité de pilotage d'identifier les indicateurs qui permettront de suivre l'implantation des actions. Ils sont souvent adossés aux extrants, par exemple, le nombre de conférences réalisées par rapport à ce qui était prévu, ou encore le nombre d'inscriptions à un nouveau groupe de marche.

Ainsi, les dix-huit premiers mois sont consacrés à la réalisation du diagnostic et à la conception d'un plan d'action qui doit être formellement adopté par le conseil municipal, étape préalable à celle de la mise en œuvre.

---

8. Il est à noter que certaines municipalités ignoraient leur taux de vieillissement avant de réaliser le diagnostic social.
9. « La vision stratégique est une représentation du futur souhaité, à la fois rationnelle et intuitive, englobante et prospective. Elle implique les forces vives de la communauté et elle propose un cadre d'intervention convergent et cohérent, dans la mise en œuvre d'une ambition commune » (Affaires municipales et régions du Québec, 2005, p. 6).

3.4. Étape 3 – Mise en œuvre

La dernière étape consiste à planifier et à organiser les ressources nécessaires pour la réalisation des actions, ainsi qu'à assurer l'implantation et le suivi de ces dernières. En fait, la mise en œuvre doit produire les résultats escomptés au plan d'action et contribue à atteindre les objectifs fixés par le comité de pilotage. L'horizon temporel de cette étape est de trois ans.

Certains comités s'engagent rapidement dans les actions qu'ils croient mûres, pour lesquelles des occasions se présentent déjà, ou encore qui requièrent une recherche de fonds supplémentaires. Il faut mentionner que le financement offert aux projets pilotes VADA-QC a été en partie destiné au salaire du chargé de projets recruté par la municipalité. En général, le solde du financement ne permet de réaliser qu'une partie des projets issus du diagnostic, dont certains nécessitent des ressources humaines et matérielles importantes.

4. Résultats

Nous avons choisi de présenter les résultats issus de l'évaluation de trois des sept cas de VADA-QC. Les unités d'analyse qui ont structuré notre travail sont la composition des comités de pilotage, le processus emprunté par le comité, ainsi que les réseaux organisationnels interpellés pendant la mise en œuvre des projets. Au terme de l'analyse, nous pouvons discerner certaines conditions favorables (ou non) à la réussite d'une démarche VADA.

Le premier cas (A) est un arrondissement urbain d'une ville importante présentant un milieu associatif dynamique et une offre structurée de services, mais peu d'engagement politique par rapport à la démarche VADA-QC. Le deuxième cas (B) est une ville de taille moyenne avec moins de services, et qui montre un niveau élevé d'implication politique pour le projet VADA-QC. Le dernier cas (C) représente une vaste zone rurale éloignée dont les services, qui desservent 22 villages peu densément peuplés, sont concentrés dans une petite ville centre. La municipalité régionale de comté (MRC) a confié la réalisation du projet VADA à un organisme communautaire reconnu pour son engagement soutenu auprès des aînés, et elle s'est peu investie dans le projet.

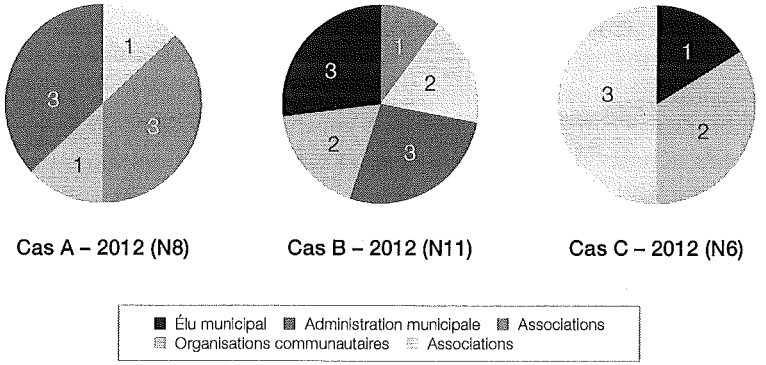
4.1. Comité de pilotage : réseau ancré dans la communauté

Les principales observations liées à la structure du comité de pilotage indiquent que la création d'un groupe restreint d'acteurs clés du milieu est nécessaire pour susciter la mobilisation des organismes du milieu. Il s'agit principalement d'acteurs de l'administration municipale, du conseil

municipal, d'associations regroupant des aînés, d'organismes communautaires, et d'établissements publics qui œuvrent dans la communauté. La figure 11.1 montre la composition de chaque comité de pilotage en 2012.

FIGURE 11.1.

Composition des comités de pilotage des cas A, B et C en 2012



Le cas A démontre une forte appartenance communautaire[10] des organismes et des associations d'aînés (4 membres sur 8) qui sont structurés à l'intérieur d'un regroupement formel. Quelque 6 000 aînés (soit 50 % des aînés de l'arrondissement) adhèrent aux associations de ce regroupement. Comme expliqué en début de chapitre, l'OMS fait la promotion d'une approche ascendante *(bottom-up approach)* qui encourage l'engagement des aînés à toutes les étapes de VADA. Dans le cas A, la réalisation des actions portant sur la participation sociale des aînés a généré plusieurs succès. Toutefois, les actions qui incluraient une participation de la municipalité (p. ex., l'augmentation des temps de passage aux feux de circulation, l'accès à des installations ou des locaux à des coûts abordables, une maison des aînés) ont été parsemées d'obstacles de tous ordres. De même, l'assignation de ressources par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) pour faciliter la réalisation de projets VADA a été remise en question par ses dirigeants. Malgré une structure principalement composée de représentants aînés du milieu, les résultats de mise en œuvre dans le

10. Les organismes communautaires, au Québec, travaillent à des objectifs de changement social en vue d'un partage plus équitable des pouvoirs et des ressources entre les différents groupes sociaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec subventionne ceux qui assurent une mission de soutien à domicile auprès des personnes aînées.

cas A (décrits dans la section suivante) montrent que des lacunes quant à l'engagement des intervenants de divers secteurs (ici la municipalité et l'organisme public de santé et de services sociaux) peuvent engendrer une diminution de la portée des actions. Ainsi, les actions qui portaient sur les programmes et services municipaux, et qui impliquaient les policiers, les pompiers, le transport en commun, etc., ont été peu nombreuses. De plus, elles n'ont pas été déployées en partenariat avec les organismes du milieu, ce qui permet généralement d'en élargir la portée sociale, comme nous avons pu l'observer entres autres dans le cas B. En d'autres termes, l'implication des associations et organisations d'aînés ne suffit pas à garantir un succès optimal de la mise en œuvre d'une ville amie des aînés. Il est d'une importance primordiale de développer des conditions stimulantes et structurantes afin de susciter et de soutenir la collaboration entre les différents acteurs du milieu interpellés par le vieillissement de « leur » population, soit les élus municipaux, les administrateurs municipaux, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que les représentants de la société civile, notamment les représentants des aînés.

Pour sa part, la composition du comité de pilotage du cas B assurait à la fois une représentation d'un large éventail de domaines (services municipaux, saines habitudes de vie, services sociaux, loisirs, etc.) et une représentation importante sur le plan stratégique, puisqu'une majorité de membres étaient des dirigeants, présidents ou élus qui détenaient un pouvoir de décision dans leur milieu respectif.

La réalisation du plan d'action par ce comité a permis de considérer des actions dans sept des huit domaines, ainsi que de réaliser la majorité de ces actions en s'appuyant sur des partenariats entre la ville, la société civile et le CSSS, ce qui offrait de nouvelles possibilités de partage d'expertises complémentaires, tout en respectant les capacités des organisations. Par exemple, un des projets portait sur l'amélioration de la concertation entre les acteurs lors d'interventions auprès d'aînés isolés qui habitent dans des milieux insalubres ou dangereux, dans le but d'améliorer la réponse à leurs besoins. Grâce à son leadership municipal fort (six membres sur onze) et à l'ouverture de tous les acteurs à la collaboration, le cas B révèle quelques conditions structurelles qui favorisent l'implantation de projets en faveur des aînés : 1) un positionnement stratégique du projet VADA dans l'appareil municipal reflétant une volonté politique ferme d'agir pour les aînés ; 2) la mise en place d'un processus (ou de mécanismes) de prise de décision cohérent entre le comité de pilotage et le conseil municipal ; 3) un comité de pilotage qui fait partie intégrante d'une structure opérationnelle viable (au sein de l'appareil municipal) reliée à d'autres structures existantes (tables et comités intersectoriels).

Le cas C s'appuie sur le plus petit comité de pilotage observé (six membres). Ce nombre plus restreint d'acteurs s'explique surtout par le fait que les membres assument souvent des représentations multiples en région éloignée, comme le démontrent les résultats sur les réseaux organisationnels (voir figure 11.1). Ainsi, la coordonnatrice de la Table de concertation siège au conseil d'administration de l'organisme de transport adapté et dirige des ressources d'habitation pour aînés. L'élu qui représentait la MRC a été désigné tardivement, tandis que l'administrateur de la MRC qui siégeait au début de la démarche avait un rôle relié à la reddition de comptes. Par ailleurs, le rôle actif de l'organisateur communautaire et de la kinésiologue du CSSS, combiné à celui de la Table de concertation des aînés et de l'organisme de transport, a permis d'assurer une dynamique favorable au déploiement du plan d'action.

4.2. Diagnostic social : progresser vers un but commun

Au sujet du processus de consultation des aînés, nous avons observé que l'identification des besoins des aînés par les aînés eux-mêmes modifie l'approche traditionnelle descendante (*top-down approach*), où les fournisseurs de services déterminent à la fois les besoins et la façon d'y répondre. En fait, à travers un tel processus de consultation, les aînés introduisent souvent de nouvelles idées qui n'auraient pas été proposées par les fournisseurs de services. Par exemple, avec l'exercice du diagnostic social, les membres du comité de pilotage des cas B et C ont compris que les aînés se sentaient généralement exclus de la vie sociale, mais aussi des services offerts dans la municipalité.

L'appropriation des constats tirés du diagnostic social a permis aux membres du comité de pilotage des cas B et C de saisir les besoins des aînés tels que ces derniers les reconnaissaient et les formulaient. Ce processus d'appropriation a contribué au renforcement et à la consolidation des connaissances des acteurs sur les enjeux du vieillissement dans leur propre milieu et a permis d'amorcer la traduction des besoins en projets.

Enfin, sans la réalisation d'un diagnostic social complet, la démarche VADA-QC risque d'échouer. Par exemple, le cas A n'a pas consulté les aînés du milieu comme l'indiquait le protocole de Vancouver, puisque les membres du comité de pilotage ont estimé qu'ils avaient déjà réalisé un examen des besoins des aînés lors d'un forum communautaire en 2005, c'est-à-dire trois ans avant le début de VADA-QC. En l'absence d'un point de départ commun, l'engagement de certains acteurs du milieu a été difficile, voire impossible à obtenir lors de la démarche VADA-QC.

4.3. Plan d'action : véritable engagement

À partir des constats mis au jour dans le diagnostic social, les membres se situent progressivement par rapport aux projets en discussion. Ils s'investissent selon leur mission, leurs intérêts et expertises. Le passage de l'étape du diagnostic social au plan d'action a été analysé à partir de la cohérence entre les besoins des aînés et les actions développées. Parmi les trois cas décrits ici, deux (cas B et C) ont effectué la démarche selon ce qui était prescrit. L'analyse montre que pour ces deux cas, un niveau élevé de cohérence entre les besoins identifiés et les projets implantés a été atteint.

Comme pour les cas A et B, le plan d'action du cas C comprenait des projets qui touchaient les environnements bâtis et sociaux, ainsi que les modes de vie sains. Le cas C a, entre autres, développé son plan d'action en cohérence avec les besoins identifiés par les aînés en matière de transport. En effet, dans cette région rurale éloignée, les aînés vivent dispersés dans 22 villages, séparés par une distance moyenne de 40 kilomètres, sur un territoire de 19 265 km². Parmi ces municipalités, une seule rassemble la plupart des services offerts aux aînés (épicerie, pharmacie, centres de santé et services sociaux, etc.). Ainsi, lorsque la perte d'autonomie survient et que les aînés se voient parfois retirer leur permis de conduire, ils doivent trouver d'autres moyens pour utiliser ces services. Avec les difficultés supplémentaires causées par l'hiver, la capacité des aînés à effectuer eux-mêmes leurs démarches et achats est amoindrie à cause des déplacements difficiles. Les membres du comité de pilotage ont reconnu l'importance du transport dans la vie des aînés de leur région. Un effort considérable a donc été mis sur les enjeux de mobilité des aînés, d'autant plus que la participation sociale des aînés dépend notamment de l'accès à des modes de transport abordables. Avec les partenaires du milieu, le comité de pilotage a élaboré un projet qui vise la création d'un service de transport-accompagnement couvrant l'ensemble du territoire. La mise en œuvre du projet a nécessité l'établissement d'un partenariat entre différents acteurs locaux : un organisme en transport collectif rural, une entreprise d'économie sociale et une table régionale de concertation pour aînés.

Le cas B montre lui aussi une cohérence entre le diagnostic social et le plan d'action. La particularité de ce cas est que le comité de pilotage a fait des efforts afin d'intégrer plusieurs projets du plan d'action à l'agenda des différents services municipaux (police, incendies, travaux publics, urbanisme, loisirs et vie communautaire). De surcroît, cet effort d'intégration des projets VADA-QC est aussi partagé avec d'autres organismes du milieu, dont ceux du secteur associatif et communautaire, ainsi que le CSSS. En effet, la majorité des acteurs du milieu qui prenaient part à la démarche VADA-QC ont inclus les objectifs et les projets à leurs priorités organisationnelles. Cette intégration a d'abord contribué à assurer la

réalisation des projets du plan d'action en consolidant les ressources humaines, financières et matérielles, puis elle s'est révélée être un facteur clé de la pérennité des projets VADA-QC.

Le cas A est un contre-exemple par rapport aux deux cas précédents, étant donné qu'aucune consultation préalable au diagnostic social n'a été réalisée. Les besoins des aînés, en particulier à l'égard de l'environnement bâti, n'ont pas été identifiés par le comité de pilotage, puisque celui-ci appuyait sa démarche sur les résultats d'un forum communautaire. L'objectif de ce dernier n'était pas de consulter les aînés sur les huit domaines reliés à la qualité de vie des aînés, mais d'aborder la question de l'appartenance aux associations d'aînés et la participation. Conséquemment, faire consensus sur un plan d'action s'est révélé un exercice pénible pour les membres du comité. Si on ajoute à ce tableau le manque d'implication des acteurs municipaux, et cela, dès le début de la démarche VADA-QC, on comprend que les conditions n'aient pas permis l'émergence de projets destinés à l'environnement bâti (entretien des rues et des trottoirs, parcs publics, transport en commun ou passages piétonniers). Le cas A reflète encore une fois la nécessité de rassembler les acteurs municipaux, de la société civile et du CSSS, autour d'un diagnostic social dont les constats rendent légitimes les actions subséquentes dans le milieu. Le plan d'action basé sur ce diagnostic concrétise l'engagement moral des membres à le réaliser, souvent par la collaboration ou par des projets en partenariat.

4.4. Mise en œuvre : occasion d'agir ensemble

Le passage de l'élaboration du plan d'action à sa mise en œuvre a nécessité, dans les cas observés, le développement de collaborations entre les acteurs du milieu. La mise en œuvre implique souvent d'autres acteurs que ceux qui siègent au comité de pilotage, ce qui signifie que la mobilisation doit s'élargir à d'autres organismes ou associations. La composition des réseaux interpellés pour mettre en œuvre le plan d'action devient alors une référence utile à la compréhension de la dynamique enclenchée.

Le cas A, étant donné la composition de son comité de pilotage et son diagnostic social tronqué, met en évidence certains enjeux. L'ensemble des projets du plan d'action a été soutenu par des associations d'aînés, ainsi que par des organismes communautaires bien ancrés dans la société civile. Cependant, comme on l'a vu, le cas A n'a pas été en mesure de rejoindre certains acteurs, dont les élus municipaux. En effet, même avec le soutien d'administrateurs municipaux proches de ces groupes d'aînés, les élus n'ont pas accordé beaucoup d'importance à la démarche VADA-QC, entre autres parce que leurs priorités politiques

étaient orientées vers les jeunes familles. Cette absence de soutien du secteur politique a eu des répercussions sur les ressources (financières, humaines, matérielles) disponibles pour VADA-QC.

Le cas C partage certaines similarités avec le cas A, puisque la réalisation de la démarche VADA-QC a été déléguée à un organisme communautaire. Cependant, là où le cas C se distingue du cas A, c'est lorsqu'il est question de la disponibilité des ressources des partenaires régionaux. Les partenaires régionaux deviennent tout à fait incontournables lorsque les questions à résoudre, comme le transport et l'hébergement des personnes aînées, pointent vers le haut de la hiérarchie décisionnelle et vers l'ajustement des programmes ou des politiques publiques. À maintes reprises, la MRC a effectué des représentations auprès de députés et ministres pour tenter de sortir le territoire d'impasses comme les pertes d'emploi massives, l'exode économique de sa population plus jeune, les faillites des agriculteurs, les fermetures d'épicerie et d'autres. La perspective de développement des communautés, directement associée aux solutions envisagées pour les aînés, devient l'unique voie possible. Par exemple, pour mieux héberger des aînés aux revenus modestes, il faut associer au projet les programmes de formation (infirmières, préposés et auxiliaires), les programmes d'attraction de la main-d'œuvre en région, les promoteurs sociocommunautaires (organismes sans but lucratif, coopératives) et les professionnels du CSSS.

En définitive, la réussite du processus VADA-QC se traduit par des réalisations fondées sur un diagnostic extensif des besoins ayant suscité une participation importante des aînés. Elle repose aussi sur la mobilisation conjointe des acteurs, sous le leadership politique de la MRC. Sans l'implication de cette dernière dans le dossier de l'habitation des aînés, aucune action n'aurait pu être amorcée.

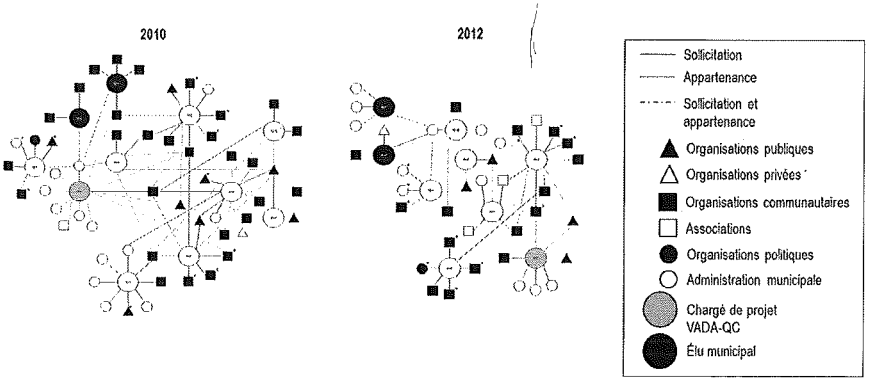
Le cas B constitue, quant à lui, un bon exemple de l'efficacité de la collaboration entre les acteurs du milieu. Les constats issus du diagnostic social ont d'abord été facilement élaborés par consensus à l'intérieur du comité de pilotage, ce qui a facilité l'exercice subséquent de priorisation des actions. Mais l'implantation des mesures et des projets requiert qu'un porteur de projet soit identifié, ainsi que des partenaires éventuels. Généralement, chaque projet peut se rattacher à un porteur en fonction de la mission et de l'expertise des organismes ou établissements. Ce faisant, on assure du même coup la désignation d'un porteur et de partenaires expérimentés à l'égard de la problématique. Par exemple, le projet des aînés isolés en milieux insalubres avait désigné la Table de concertation des aînés comme porteur principal, en partenariat avec le CSSS et les services de police et d'incendies.

Le suivi de l'implantation des projets permet de mettre en évidence les réseaux organisationnels issus des membres du comité de pilotage. Ces réseaux sont formés de deux types de liens. D'une part, nous trouvons des liens d'appartenance organisationnelle (p. ex. président de l'Association d'action sociale et bibliothécaire à la bibliothèque municipale) et, d'autre part, des liens de sollicitation de diverses natures qui proviennent des efforts déployés particulièrement pour réaliser les différents projets du plan d'action VADA. Par exemple, pour implanter un projet d'animation intergénérationnelle à la bibliothèque, on contacte la direction de l'école du quartier, les présidentes et les présidents des associations d'aînés, ainsi que le directeur des services culturels municipaux.

En exécutant la carte des réseaux formés par les liens d'appartenance et de sollicitation pour réaliser des projets VADA, nous pouvons comparer les aspects structurels (types d'organisations et paliers de pouvoirs interpellés) et les dynamiques issues de la mobilisation des acteurs du comité de pilotage. Dans l'exemple du cas B (figure 11.2), les liens d'appartenance et de sollicitation des membres du cas B sont diversifiés, et ce, dès l'amorce de la mise en œuvre du plan d'action VADA-QC. Les membres du comité appartenaient à plusieurs organismes de secteurs différents (municipal, santé, loisirs, social), et ils ont effectué de nombreux contacts (liens de sollicitation) en vue de concrétiser des projets.

FIGURE 11.2.

Cas B – Résultats de l'appartenance organisationnelle et des relations de sollicitation en 2010 et en 2012



La figure 11.2 montre que la mise en œuvre a été rapidement orchestrée dès 2010. Nous y voyons à la fois l'appartenance organisationnelle diversifiée des membres (traits pleins reliés à des organisations de secteurs différents) et l'ampleur des liens de sollicitation (traits en tirets). En 2010, le taux de participation correspond à 100 % (n = 11). On retrouve 51 liens d'appartenance (40 organisations locales et 11 régionales), dont la majeure partie provient des organismes communautaires (28 liens) et de la municipalité (15 liens). Les liens de sollicitation sont concentrés surtout sur le plan communautaire (47 % des 34 liens rapportés en 2010). Le nombre de liens d'appartenance auprès d'organismes communautaires et de structures municipales et publiques est élevé en comparaison avec les autres cas, alors que l'implication de la ville est visible dès le début. En 2012, le cas B se préoccupe surtout des façons possibles de pérenniser des projets ou des structures qui apparaissent viables et qui ont de la valeur aux yeux des acteurs. Conséquemment, comme aucun nouveau projet n'est prévu, les liens de sollicitation s'amoindrissent. Le taux de participation est de 82 % (soit 9 sur 11 membres). Les liens d'appartenance répertoriés sont similaires à 2010. Parmi les 23 liens de sollicitation établis, la majorité est encore le fait du secteur communautaire (12 liens, soit 52 %), démontrant une détermination qui ne s'essouffle pas.

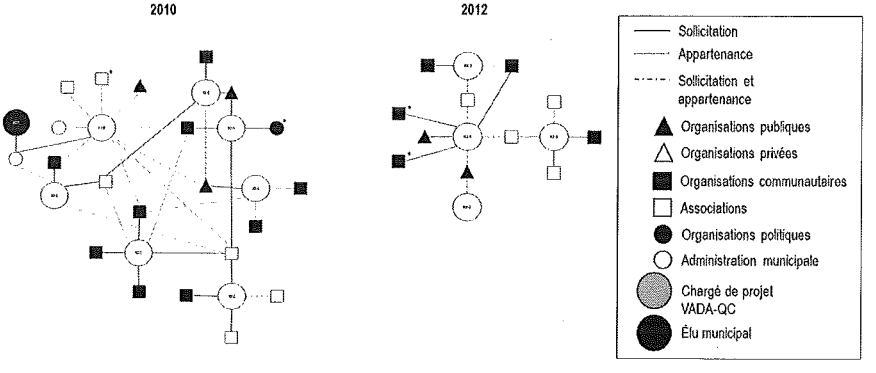
En définitive, on remarque que les liens générés par les services municipaux et les organismes communautaires sont importants. Il est également clair que les liens de sollicitation se forment en dehors de la sphère des organisations auxquelles les membres appartenaient déjà. Ils traduisent une mobilisation réelle des acteurs pour VADA-QC, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de leur réseau d'appartenance.

Dans la figure 11.3 (2010), on peut voir que tous les membres du comité du cas A ont répondu au questionnaire sur le réseautage organisationnel. On observe une concentration de l'appartenance à des associations ou à des organismes communautaires, soit 16 liens sur 22 (72 %). Conséquemment, on peut affirmer que le cas A présente un réseautage dynamique dès les débuts de la démarche VADA-QC, mais qui se rattache surtout à un réseautage familier pour les membres du comité de pilotage. En 2012, dernière année de financement de VADA-QC, le taux de participation au questionnaire diminue de 50 % (4 sur 8). De plus, on constate une réduction importante de l'ensemble du réseautage. Les services municipaux ne sont plus visibles. On dénombre seulement sept liens de sollicitation en 2012 (en comparaison de 21 liens en 2010). Cette situation tient au fait que le questionnaire a été distribué à un moment où la démarche VADA-QC se terminait et où il n'y avait plus de ressources financières permettant de pérenniser les projets. En fait, aucun projet n'a suffisamment retenu l'attention de l'appareil municipal et des élus pour qu'il y ait de nouveaux fonds alloués aux projets. Les membres du comité de pilotage

ont clairement exprimé leur déception de ne pas être en mesure d'obtenir le soutien des élus, ou de trouver une autre source de financement qui aurait aidé à maintenir certains projets du plan d'action. Le portrait d'ensemble du cas A révèle un noyau de personnes dévouées à leur milieu et à la démarche VADA-QC, qui tentent de rejoindre les élus municipaux pour faire reconnaître de ce qui a été accompli dans la communauté.

FIGURE 11.3.

Cas A – Résultats de l'appartenance organisationnelle et des relations de sollicitation en 2010 et en 2012

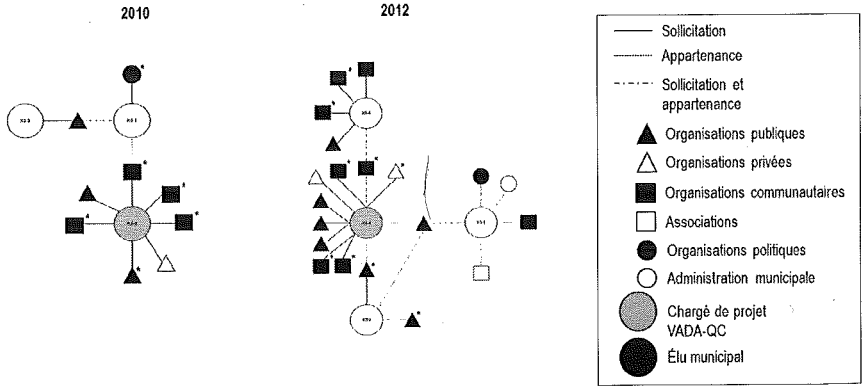


La figure 11.4 expose le réseautage organisationnel du cas C. En 2010, le taux de réponse était de 50 % (3 sur 6 membres). On dénombre 9 liens dont la majorité est reliée à une personne (7 liens). Il semble utile de remarquer le rôle important joué par les organisations régionales (marquées d'un astérisque). Leur présence expose le contexte unique du cas C, soit un milieu rural éloigné. Du fait que plusieurs municipalités soient de petite taille et aient peu de ressources locales, il semble nécessaire d'élargir la démarche VADA-QC à une dimension régionale. Par ailleurs, la mobilisation des communautés rurales et éloignées ne peut compter sur un grand nombre de personnes, ce qui a pour effet de surcharger les personnes ressources de la communauté. Il peut donc s'avérer pertinent pour VADA-QC d'agir de façon concertée avec le palier régional lorsqu'il est question de petits milieux. En 2012, le taux de réponse était de 66 %, soit 4 membres sur 6. À cette période de la démarche, la majorité des projets VADA-QC avaient été implantés. Le comité de pilotage était surtout préoccupé par les problèmes de financement pour les grands projets, tels que le service de transport-accompagnement, ainsi que par le manque

d'habitations adaptées pour les aînés en perte d'autonomie sur le territoire. D'ailleurs, on constate que le réseautage est en augmentation tant pour l'appartenance organisationnelle (16 liens) que pour les liens de sollicitation (14 liens, dont 5 pour les organismes communautaires et 5 pour les organisations publiques). Enfin, on remarque le rôle important que joue le chargé de projet dans la démarche VADA-QC, puisqu'il est un lien central du réseautage.

FIGURE 11.4.

Cas C – Résultats de l'appartenance organisationnelle et des relations de sollicitation en 2010 et en 2012



CONCLUSION

L'objectif du chapitre était de décrire la démarche VADA-QC et d'exposer certains résultats à l'égard des conditions de réussite (ou d'échec). En fait, grâce à l'observation de trois des sept cas VADA-QC, il est possible d'identifier certains éléments qui favorisent la réussite de la démarche.

Sur le plan du comité de pilotage, il s'avère important que celui-ci soit enraciné dans le milieu et qu'il rassemble autour de la table une variété d'acteurs locaux, ainsi que des acteurs régionaux pertinents, surtout pour les petites municipalités éloignées. De plus, la participation et surtout l'engagement d'un conseiller municipal et d'un responsable administratif de l'appareil municipal, représentent des éléments clés de la réussite de VADA-QC. L'élu favorise les liens avec les membres du conseil municipal et fait en sorte que VADA-QC s'inscrive dans les orientations politiques de la municipalité, permettant par conséquent à cette dernière de bénéficier

de diverses ressources (financières, humaines, matérielles) de la municipalité. L'administrateur est davantage en mesure d'assurer les suivis essentiels avec les autres directions de services dans l'appareil municipal. Les données qualitatives (entrevues et observations) ont confirmé qu'un chargé de projet dédié au bon fonctionnement et à la coordination de la démarche joue aussi un rôle central dans le succès de VADA-QC, ce qui est aussi corroboré par les graphiques de réseautage.

Sur le plan du diagnostic, les consultations menées auprès des aînés afin d'identifier leurs besoins particuliers renforcent l'engagement des membres du comité de pilotage autour d'un but commun clair. L'étape du plan d'action, quant à elle, montre qu'une variété d'acteurs du milieu et des partenaires de tous horizons renforce la mise en œuvre. Par exemple, des partenariats intersectoriels permettent de réaliser des projets plus consistants, en comptant sur davantage de ressources. Ils sont parfois conçus avec des volets complémentaires qui, en synergie les uns avec les autres, permettent de réaliser des objectifs plus ambitieux et de rejoindre davantage d'aînés. En matière d'implantation, les membres du comité de pilotage ont avantage à s'appuyer sur leur réseautage organisationnel (liens d'appartenance et de sollicitation) pour la réalisation des projets VADA-QC, surtout lorsque ces derniers sont ancrés dans la communauté, un point qui s'avère important pour mobiliser le milieu.

Quant à l'approche participative qui sous-tend la démarche VADA-QC, un regard sur l'ensemble des sept cas analysés nous permet de dire que le rôle de la communauté est transformé lorsque le comité l'interpelle et lui offre des occasions de parler des besoins et d'être en action. Par exemple, quelques sites ont choisi de former des groupes de validation formés non seulement de membres du comité de pilotage, mais également d'aînés non engagés dans des groupes ou associations, afin de bien cerner les pistes de solutions. Cette façon de faire, nouvelle pour certaines municipalités et qui consiste à interpeller les aînés pour discuter de la pertinence des solutions, a été appréciée de part et d'autre. L'approche participative influence également le rôle des chercheurs, notamment quant à la manière d'appréhender la réalité à étudier ou à évaluer, qui se révèle à la fois complexe et en constante transformation.

L'approche VADA-QC doit être comprise en termes de processus, et les leaders doivent soutenir une attitude de « faire ensemble » dans la municipalité. En fait, à partir du moment où les acteurs du milieu réalisent la nécessité de se concerter pour élaborer, sur des bases communes, des projets concrets d'amélioration des conditions de vie des aînés, il est possible d'espérer que cette démarche génère des changements d'importance dans les perceptions et dans les pratiques professionnelles et de gestion des organisations, et ce, en faveur des aînés.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE CANADIENNE DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL – ACDI (1999). *La gestion axée sur les résultats à l'ACDI : guide d'introduction aux concepts et aux principes*, Ottawa, ACDI.

AFFAIRES MUNICIPALES ET RÉGIONS DU QUÉBEC – AMÉNAGEMENT ET DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE (2005). *La vision stratégique du développement culturel, économique, environnemental et social*, Québec, Gouvernement du Québec.

AUSTIN, C. *et al.* (2001). *A Place to Call Home. Final Report of the Elder Friendly Communities Project*, Calgary, Faculté de travail social, Université de Calgary.

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

BOURQUE, D. *et al.* (2007). *L'organisation communautaire (fondements, approches et champs de pratique)*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

BROWN, P., M. LYSON et T. JENKINS (2011). « Diagnosis to social diagnosis », *Social Science & Medicine*, vol. 73, nº 6, p. 939-943.

BUFFEL, T., C. PHILLIPSON et T. SCHARF (2012). « Ageing in urban environments : Developing "age-friendly" cities », *Critical Social Policy*, vol. 4, nº 32, p. 597-617. doi : 10.1177/0261018311430457.

BUTTERFOSS, F.D. (2007). *Coalitions and Partnerships in Community Health*, San Francisco, John Wiley & Sons.

CHASKIN, R. *et al.* (2001). *Building Community Capacity*, New York, Aldine de Gruyter.

CRESWELL, J.W. et V.L.P. CLARK (2010). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Thousand Oaks, Sage.

FARMER, T. *et al.* (2006). « Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research », *Qualitative Health Research*, nº 16, p. 377-394.

GARON, S. *et al.* (2014). « Collaborative partnership in age-friendly cities : Two case studies from Quebec, Canada », *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 26, nºs 1-2, p. 73-87.

GREENHALGH, T., E. KRISTJANSSON et V. ROBINSON (2007). « Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes », *British Medical Journal*, nº 335, p. 858-861.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC – ISQ (2013). *Bilan démographique du Québec*, Édition 2103, Québec, ISQ, <http://www.stat.gouv.qc.ca>, consulté le 7 mai 2015.

JOHNSON, M. (2009). « Our guest editor », *Generations*, vol. 33, nº 2, p. 4.

KELLOGG FOUNDATION (2004). *Logic Model Development Guide, Battle Creek*, Detroit, Kellogg Foundation.

KIHL, M. *et al.* (2005). *Livable Communities : An Evaluation Guide*, Washington, D.C., AARP Public Policy Institute.

KOCHERA, A. et K. Bright (2006). « Livable communities for older people », *Generations*, vol. 29, nº 4, p. 32-36.

KOHLER, M. (2007). « The new challenge : Lifetime neighbourhoods », *British Journal of Community Nursing*, vol. 12, nº 11, p. 527-529.

LARDON, S., V. PIVETEAU et L. LELLI (2005). « Le diagnostic des territoires », *Géocarrefour*, vol. 80, nº 2, <http://geocarrefour.revues.org/979>, consulté le 10 février 2014.

LUI, C.W. *et al.* (2009). « What makes a community age-friendly : A review of international literature », *Australasian Journal on Ageing*, vol. 28, nº 3, p. 116-121.

MATTESSICH, P.W. *et al.* (2001). *Collaboration: What Makes it Work*, Saint Paul, Amherst H. Wilder Foundation.

MINKLER, M. et N. WALLERSTEIN (dir.) (2005). *Community Organizing and Community Building for Health*, New Brunswick, Rutgers University Press.

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

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2008). *Community Engagement to Improve Health*, Londres, Nice Public Health Guidance.

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 – OMS (2006). *Protocole de Vancouver – Villes-amies des aînés. Marche à suivre*, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – OMS (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*, Genève, OMS.

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

PAWSON, R. et N. TILLEY (1997). *Realistic Evaluation*, Thousand Oaks, Sage Publications.

PLOUFFE, L. (2011). «Villes amies des aînés: de ses origines à son déploiement international», *Vie et vieillissement*, vol. 9, nº 1, p. 14-18.

PROVAN, K.G. *et al.* (2005). «The use of network analysis to strengthen community partnerships», *Public Administration Review*, vol. 65, nº 5, p. 603-613.

SYME, S.L. (2004). «Social determinants of health: The community as an empowered partner», *Preventing Chronic Disease*, nº 1, p. 1-5.

UNITED NATIONS (2006). *Guidelines for Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing – Bottom-Up Participatory Approach*, New York, United Nations.

YIN, R.K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*, 5e éd., Thousand Oaks, Sage.

Droits de vieillir et citoyenneté des aînés

Pour une perspective internationale

Sous la direction de
Jean-Philippe Viriot Durandal
Émilie Raymond
Thibauld Moulaert
Michèle Charpentier

Presses de l'Université du Québec

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : pour une perspective internationale

(Collection Problèmes sociaux et interventions sociales ; 76)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4340-9

1. Vieillissement – Aspect social. 2. Participation sociale. 3. Participation politique. 4. Personnes âgées – Conditions sociales. I. Viriot Durandal, Jean-Philippe. II. Raymond, Émilie. III. Moulaert, Thibauld. IV. Charpentier, Michèle, 1960- . V. Collection : Collection Problèmes sociaux & interventions sociales ; 76.

HQ1061.D76 2015 305.26 C2015-940981-0

Financé par le gouvernement du Canada | Funded by the Government of Canada | Canada

Conseil des arts du Canada | Canada Council for the Arts

SODEC Québec

Conception graphique
Richard Hodgson et Michèle Blondeau

Image de couverture
Shutterstock

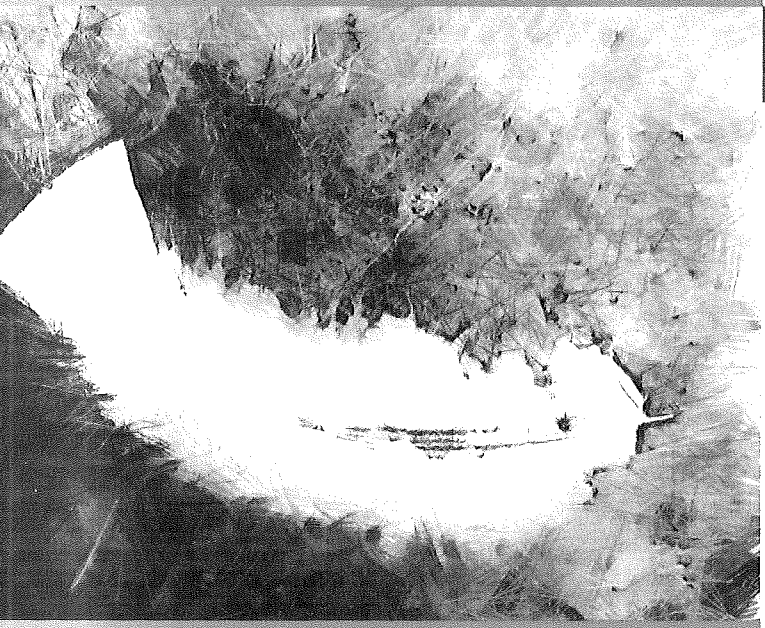
Mise en pages
Interscript

Dépôt légal : 4e trimestre 2015
› Bibliothèque et Archives nationales du Québec
› Bibliothèque et Archives Canada

© 2015 – Presses de l'Université du Québec
Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

Imprimé au Canada

COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX
ET INTERVENTIONS SOCIA



Droits de vieillir et citoyenneté des aînés

Pour une perspective internationale

Sous la direction de
Jean-Philippe Viriot Durandal
Émilie Raymond
Thibauld Moulaert
Michèle Charpentier

Presses
de l'Universit
du Québec