

La démarche « Villes-amies des aînés au Québec » : l'importance de la participation de l'ensemble des acteurs

*The implementation of "Cities Friends of the
Elderly in Québec": the importance of the
participation of all actors*

Suzanne Garon
Marie Beaulieu
Mario Paris
Anne Veil
Andréanne Laliberté

Introduction

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, Everingham, Warburton, Cuthill & Bartlett, 2009). Dispersées un peu partout dans le monde, ces initiatives portent les noms de *Livable community* ou *Elderly friendly community* aux États-Unis et au Canada (Austin *et al.*, 2001; Kihl, Brennan, Gabhawala, List & Mittal, 2005; Kochera & Bright, 2006), ou encore, de *Lifetime Neighbourhood* en Angleterre (Kohler, 2007). L'OMS (2007) a contribué à recentrer les meilleures contributions de cette série d'initiatives en publiant le *Guide mondial des Villes-amies des aînés* (VADA). Sans pour autant proposer un « mode d'emploi » spécifique 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 récent développement (Johnson, 2009), VADA a pris un essor considérable. Ainsi, on dénombre plusieurs centaines de villes à travers le monde qui se réclament « amies des aînés » (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012). Le 29 juin 2010, l'Organisation mondiale de la santé (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 1^{er} octobre 2011. Les villes du réseau s'engagent donc à améliorer les conditions de vie des aînés de leur communauté par la mise en place de mesures favorisant le vieillissement actif des aînés.

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 de discussion 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 efficaces partout sur le globe¹.

Depuis 2007, ce sont sept provinces au Canada qui ont entrepris un processus VADA (Plouffe, 2011). Par exemple, au Manitoba, 80 communautés participent actuellement à une démarche VADA², tandis qu'au Québec 579 municipalités ont amorcé la démarche³. L'intérêt du gouvernement du Québec à l'égard de VADA découle avant tout du vieillissement de la population. Le Québec compte plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente 14,9 % de la population de la province, soit un Québécois sur sept (ISQ, 2009). Le nombre d'aînés augmentera de façon substantielle lorsque la génération des *baby-boomers*, soit les personnes nées entre 1946 et 1966, atteindra 65 ans, pour se situer en 2051 à 2,5 millions de personnes âgées, soit 27,7 % de la population (ISQ, 2009).

Pour cet article, notre objectif est de décrire le processus de mise en œuvre de villes amies des aînés du Québec (VADA-QC). Ce faisant, on présente d'abord un aperçu des approches sous-tendant VADA-QC. Ensuite, on explique les caractéristiques du modèle québécois en matière de villes-amies. Enfin, on illustre

¹ http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/ [accédé le 13 novembre 2012].

² <http://www.agefriendlymanitoba.ca/about-afm.cfm> [accédé le 5 septembre 2012].

³ <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/centre-presse/communiqués-aines/Pages/index.aspx> [accédé le 5 septembre 2012].

deux actions développées par les villes impliquées dans VADA-QC et discutons des enjeux associés à la réussite ou l'échec de leur mise en œuvre.

Approches

À la fois par la programmation et par le processus de recherche, VADA-QC s'appuie sur deux approches distinctes, mais interreliées, dans le contexte québécois.

Approche participative

Cette approche est au cœur de la démarche de l'OMS: « L'approche participative ascendante associe des personnes âgées à l'analyse et à la description de leur situation afin d'étayer les politiques publiques » (2007, p. 7). Cette approche « ascendante » s'inscrit en faux face à celles qui sont descendantes (« *top-down* »), mettant de l'avant l'expertise des chercheurs à l'égard de la participation des personnes âgées et des pratiques en développement des communautés.

On peut situer l'émergence de cette approche dans la foulée de la signature de la Charte d'Ottawa⁴ et l'apparition de l'épidémiologie sociale ou critique dans les années 90 (Syme, 2004) qui 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 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 sur les individus. Le chercheur se place à l'écoute des milieux (cf. les aînés), puisque les premiers concernés sont les mieux placés pour parler de leur situation et contribuer à discerner les solutions à leurs problèmes, souvent beaucoup plus efficacement que si elles étaient préétablies par des experts éloignés de leur réalité (Greenhalgh, Kristjansson, & Robinson, 2007). Travaillant à la réalisation de

⁴ Voir ladite Charte, <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.phac-aspc.gc.ca%2Fphp-sp%2Fdocs%2Fcharter-charte%2Fpdf%2Fchartre.pdf> [accédé le 12 novembre 2012].

ces solutions (Syme, 2004), le chercheur devient alors un médiateur. Son travail consiste d'abord à comprendre pourquoi ces solutions fonctionnent (Pawson & Tilley, 1997; Pawson, 2006) plutôt qu'à dicter ou prescrire des pratiques spécifiques. L'évaluation devient ainsi un moyen de comprendre, d'améliorer et de faire connaître l'impact des contextes ainsi que les mécanismes qui contribuent aux résultats escomptés (Pawson, 2006). Il s'en suit un type de recherche partenariale qui alimente l'espace public (Minkler & Wallerstein, 2008; Potvin & McQueen, 2008).

Les travaux reliés au *Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement* (ONU, 2002, 2006), tout comme ceux de l'OMS (2006, 2007) à travers VADA, montrent que l'approche participative ne doit pas être seulement l'apanage de la recherche, mais aussi celui des acteurs sur le terrain, comme celui des décideurs publics.

Approche du développement des communautés

Le développement des communautés constitue une approche très répandue, et cela, tant dans la recherche qu'à travers la pratique au Québec. 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, Brown, Venkatesh & Vidal, 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, Comeau, Favreau, & Fréchette, 2007). Ainsi, la ville est le lieu d'appartenance pour les acteurs impliqués 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. Au cœur de la société civile, les nombreuses associations d'aînés jouent un rôle fondamental auprès d'eux, et ce, aussi bien dans la défense de leurs droits que dans la prestation de certains services à domicile. Ces associations,

bien ancrées dans la vie des aînés, constituent un important réseau avec lequel plusieurs autres types de fournisseurs de services (santé et services sociaux) partagent une expérience de travail. Pour le monde municipal, entre autres pour l'administration, la rencontre de ce réseau constitue une toute nouvelle expérience dans un contexte où 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 territoires administratifs du Québec.

Villes-Amies des Aînés au Québec

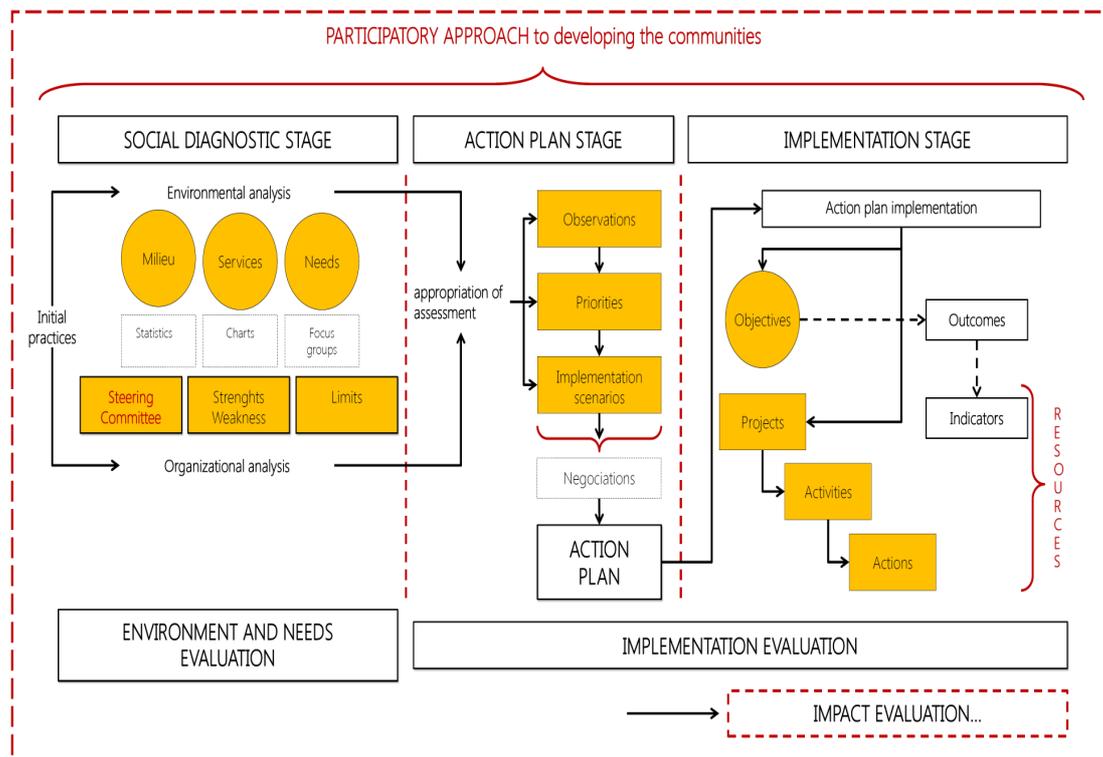
En 2008, le gouvernement du Québec, assisté par l'équipe de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV), développe un modèle de recherche-action (Minkler & Wallerstein, 2005), comprenant une démarche évaluative structurée.

Le but est d'implanter la démarche VADA-QC au sein de sept projets pilotes.

En tout, on retrouve cinq municipalités de taille moyenne (entre 20 000 et 150 000 habitants), un arrondissement d'une grande ville, ainsi qu'une municipalité régionale de comté, regroupant à elle seule 22 municipalités.

Les sept milieux, fort diversifiés, comprennent des espaces urbains offrant une gamme de services plus organisés (comprenant du transport en commun par exemple), des villes avec une gamme de services moins étendue et une ruralité où l'organisation des services prend une tout autre forme.

La démarche VADA-QC est illustrée à travers la figure suivante:

Figure 1

Comme on peut le voir, VADA-QC se veut une bonification du programme original de l’OMS, dans la mesure où le modèle conceptuel des Villes amies des aînés au Québec prévoit trois étapes : le diagnostic social, le développement d’un plan d’action et la mise en œuvre des projets. Ces étapes s’insèrent dans une perspective écologique de développement des communautés et sont fondées sur le vieillissement actif tel que défini par l’OMS (2002).

Modèle en Trois Étapes

Les trois étapes 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 une chronologie s’étalant sur cinq ans. Les 18 premiers mois sont consacrés à la réalisation du diagnostic et 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.

Quelle que soit l'étape, elle ne peut être réalisée sans la mise en place et l'engagement du comité de pilotage. Concrètement, le comité de pilotage est un groupe d'intervenants et de dirigeants de tous âges, dont des aînés, provenant de divers secteurs (municipal, public, privé, communautaire etc.).

Comité de pilotage

Le rôle de ce comité consiste à susciter l'engagement et faciliter la réalisation de chacune des trois étapes, à mettre en place des actions, à faire circuler l'information, ainsi que de 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 (Butterfoss, 2007). De plus, la mise en commun de ressources (financières, matérielles, humaines ou informationnelles) issues de secteurs différents dans le milieu permet souvent la réalisation d'actions communes plus consistantes.

Mandaté par le conseil municipal, la composition générale du comité de pilotage diffère d'un projet pilote à l'autre. Il est constitué généralement entre 6 et 18 membres provenant d'associations d'aînés, d'organisations publiques en santé, de l'administration municipale, ainsi que du conseil municipal. Par contre, une représentation diversifiée des acteurs du milieu constitue une condition de réussite de VADA-QC puisqu'il amène un réseautage organisationnel ancré dans la communauté.

L'enjeu consiste à réunir les acteurs importants qui se préoccupent des aînés sans toutefois surmultiplier le nombre de membres, risquant ainsi d'alourdir le fonctionnement du comité.

Étape 1 - Diagnostic social

Le diagnostic est essentiel à la réussite des étapes subséquentes de la démarche VADA-QC. Avec la mise en place du comité de pilotage, condition fondamentale pour établir les bases d'une démarche participative, cette étape est plus qu'une simple démarche de recherche. Cette opération permet l'émergence d'une vision partagée par

l'ensemble des acteurs devant la réalité du vieillissement de leur communauté. Dans le cas de l'expérience québécoise, trois sources de cueillette de données assurent de la rigueur du diagnostic social.

Le portrait statistique du milieu

Cette collecte de données vise à décrire le milieu à partir d'informations statistiques populationnelles. Ces informations sont disponibles au grand public, entre autres à l'aide d'organismes comme Statistique Canada, à travers Internet. De plus, à partir des différents services publics et municipaux, il est possible de recueillir plusieurs informations. En général, on retrouve le taux et l'évolution du vieillissement de la municipalité; certaines ont compilé des données par quartier. Aussi, il y a les caractéristiques sociales, ethniques et économiques des quartiers et de la municipalité, ainsi que les types et modes d'habitation. En fait, il s'agit d'une opération technique s'avérant néanmoins d'une importance stratégique pour les villes. Dans certains cas, on a observé que cette description statistique du milieu a entraîné une prise de conscience des membres du comité de pilotage et de l'administration municipale de l'ampleur du défi auquel elles ont à faire face.

Les groupes de discussion

Ils sont le moyen retenu pour l'étude des besoins des aînés. Dans la foulée du protocole de Vancouver (OMS, 2006), 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, un avec des revenus moyens et un autre avec des revenus modestes. Par contre, à l'égard des huit thèmes de consultation identifiés dans le guide de l'OMS⁵, on a ajouté celui de la participation à des activités physiques ou de santé, répondant ainsi à l'importance de la promotion de la santé que le Secrétariat

⁵ (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.

aux aînés souhaitait mettre davantage en évidence. Le déroulement des groupes de discussion s'étale sur un peu plus de deux heures trente minutes. Ils sont menés par le chargé de projet rattaché à la municipalité et à la démarche VADA-QC. Le véritable défi de cette collecte de données consiste au recrutement des personnes participantes. Trois autres groupes de discussion sont effectués auprès de fournisseurs de services (publics, privés ou communautaires). 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 aux défis vécus dans leur communauté (urbaine ou rurale).

La grille de services

L'équipe de recherche a conçu une grille de services qui fait état d'un éventail de services que l'on peut retrouver à proximité ou à distance des localités. Cet outil est utile pour prendre la mesure des services objectivement offerts dans un milieu donné et de leur accessibilité géographique. Combinée aux informations recueillies dans les groupes de discussion, la grille permet de jauger la connaissance des services offerts aux aînés. Cette perception de l'offre de services est aussi importante que l'offre de services réelle. On l'a constaté à plusieurs reprises, plusieurs services sont méconnus des aînés, ou encore sont l'objet de préjugés souvent ancrés depuis des années. Selon l'écart observé, certains milieux peuvent choisir de faire un plan de communication pour rétablir certains faits.

Le diagnostic social se termine par un bilan global qui brosse un portrait de la ville et qui tient compte des forces et des défis auxquels il serait judicieux de trouver des solutions dans les prochaines années. L'appropriation de ce bilan par l'ensemble des membres du comité de pilotage et de leurs associations ou organismes respectifs est aussi une condition de réussite pour la suite des actions à être menées.

Étape 2 - Plan d'action

Après avoir pris en compte les besoins des aînés et s'être approprié le bilan du milieu, le comité de pilotage dresse une vision d'ensemble de la situation. D'abord, le comité de pilotage met en évidence les constats généraux du diagnostic social (c'est-à-dire les forces et les défis) et définit les valeurs et les orientations qui guideront la municipalité et ses partenaires dans son intervention auprès des aînés.

Partant des constats, les comités doivent effectuer une priorisation des actions destinées à améliorer les conditions de vie des aînés. Cette priorisation sera facilitée par leur connaissance intime de leur communauté, des pratiques existantes et des conditions critiques de succès à surveiller. En fonction de certains critères définis au sein du comité de pilotage, 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 se créer une vision commune, voire même une vision stratégique, qui tient compte des contingences locales.

Le plan d'action s'inspire d'une démarche orientée selon un cadre logique (Kellogg Foundation, 2004), ainsi que sur 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 : ses objectifs, ses intrants, ses ressources, ses activités, ses extrants, etc. Par le fait même, il est possible pour les membres du comité de pilotage d'identifier les indicateurs d'implantation des actions. De plus, cette démarche permet de renforcer les capacités du comité, car les membres profitent de cet exercice pour partager leurs valeurs et pour mieux connaître les expertises complémentaires de chacun. La provenance intersectorielle des membres apporte certes une complexité dans les rapports au sein du comité, mais également une richesse, car elle permet de développer des partenariats innovants pour le milieu. 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. 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.

Étape 3 - Mise en œuvre

La dernière étape consiste à planifier et organiser les ressources nécessaires pour la réalisation des actions, à en assurer l'implantation et le suivi. 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.

Certains projets pilotes s'engagent rapidement dans les actions qu'ils croient mûres, pour lesquels des opportunités se présentent déjà ou encore qui requièrent une recherche de fonds supplémentaires. Il faut mentionner que le financement offert aux projets pilotes VADA-QC est en partie destiné en salaires pour le chargé de projets recruté par la municipalité afin de coordonner la démarche. Il reste en général un montant qui ne permet de réaliser qu'une partie des projets issus du diagnostic, dont certains requièrent 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 préoccupations d'adaptation pour les aînés (horaires, accessibilité, adaptation de certaines activités, propositions d'activités qui intéressent les aînés etc.).

Exemples D'Actions

Les actions ne manquent pas à travers les sept projets pilotes. On propose d'illustrer deux projets mis en œuvre : l'une provenant d'une région rurale éloignée et, l'autre, d'une ville du centre du Québec de taille moyenne.

Service de transport innovant en milieu rural

L'un des projets pilotes VADA-QC regroupe 22 municipalités dispersées sur une superficie de 19 265 km² où vivent 17 365 habitants, ce qui correspond à une densité de 0,9 pers/km². La population de cette région est en constante décroissance depuis plusieurs années, ajoutant de nombreux défis à l'égard de la revitalisation du milieu. De plus, en 2011, on retrouve dans la région 16,8 % de personnes âgées de 65 ans et plus qui se concentrent particulièrement autour de deux villes. D'ici 2031, la région aura environ 30,8 % d'aînés.

Suite au diagnostic, les enjeux d'accessibilité du transport et de la mobilité ont été identifiés comme centraux pour les aînés de cette région. En effet, les caractéristiques du milieu rural diffèrent beaucoup de celles des villes, tant au niveau social, économique que géographique (Government of Canada, 2007). Ces caractéristiques influencent le mode de vie des aînés et leurs moyens d'accéder aux ressources, notamment lorsqu'il s'agit de santé et de services sociaux spécialisés. Souvent, pour le soutien à domicile, l'éloignement des villages représente une difficulté supplémentaire afin d'assurer les services à la fréquence nécessaire. Le désir des aînés de rester chez soi, à proximité de leur famille et de leurs amis, et de participer activement à la vie du milieu, rencontre de nombreux obstacles. Par exemple, les transports à l'extérieur de leur lieu de résidence sont souvent problématiques, surtout durant la saison hivernale ce qui contribue encore davantage à l'isolement en zones éloignées.

Dans un pareil contexte, le défi est de taille pour les aînés qui désirent rester à domicile tout en bénéficiant des services de santé. Pour le comité de pilotage, la priorisation de la démarche VADA-QC a consisté à organiser et mettre en œuvre un service d'accompagnement personnalisé pour les aînés. Deux modalités de transport ont été identifiées : l'un pour les accompagnements intra-régionaux, soit entre les 22 municipalités et, l'autre, pour les accompagnements extra-régionaux. La première modalité est destinée à combler les besoins pour les services de proximité, comme l'épicerie, la pharmacie, le bureau de poste, etc. La seconde vise les rendez-vous médicaux spécialisés dont les centres de services se situent dans des centres urbains à l'extérieur de la région. Chaque accompagnateur est rémunéré lors des déplacements. De plus, ils reçoivent trois formations, d'abord sur l'écoute active, ensuite sur les

techniques de réanimation cardio-respiratoire et enfin sur les principes du « déplacement sécuritaire des bénéficiaires », un programme généralement offert aux employés des services publics de soutien à domicile et d'hébergement.

Les résultats du service d'accompagnement témoignent du caractère essentiel de cette initiative. Entre janvier 2011 et septembre 2012, pas moins de 8 900 accompagnements intra-régionaux ont été effectués pour 428 aînés, ce qui représente 180 000 km parcourus. Pour la même période, les accompagnements extra-régionaux ont desservis près 89 aînés lors de 207 accompagnements.

Ces nouveaux services d'accompagnement constituent une innovation sociale, dans la mesure où les modalités de transport prennent en compte autant les déplacements que les besoins de liens sociaux. Aussi, ils représentent le résultat d'une concertation et d'un partenariat entre diverses organisations, dont la municipalité, des organismes de la société civile et les services publics de santé et de services sociaux, afin d'assurer la mise en place et la mise en œuvre d'un service d'accompagnement pour les aînés.

Collaboration intersectorielle pour l'inclusion sociale

Le second exemple se situe dans une ville de taille moyenne que compte un peu plus de 71 117 habitants, se plaçant au 14^e rang des villes au Québec. Le nombre d'aînés est de 10 275, ce qui représente 15,3% de la population totale, alors que la moyenne québécoise est de 14,3%. D'ici 2031, la ville aura environ 27,7 % d'aînés.

Lors des groupes de discussions auprès des aînés, ceux-ci ont partagé leur inquiétude face à l'isolement et la vulnérabilité de certaines personnes en âge avancé. Il a été souligné que la plupart des aînés apprécient de vivre chez soi le plus possible, que ce soit la maison, l'appartement, le quartier ou le voisinage. Par contre, des obstacles existent pour les aînés et ceux-ci accroissent la détresse des personnes vulnérables et isolées de la communauté. De plus, les aînés sont souvent ceux qui ne participent pas ou peu aux activités dans la communauté.

À la lumière de ce constat, le comité de pilotage a priorisé de développer un projet visant à identifier les aînés isolés et vulnérables, ainsi qu'à les référer au besoin aux organismes dédiés à répondre leur problématique. Ainsi, un objectif à l'intérieur

du plan d'action a été élaboré: « Mettre en place un réseau d'intervenants ou de bénévoles pouvant identifier, guider et renseigner ces personnes permettrait de les sortir de leur isolement ».

Un comité de travail a été mis sur pied par le comité de pilotage afin de mettre en œuvre deux actions distinctes. Ce comité est composé de représentants de l'administration municipale, d'organismes communautaires ancrés dans le milieu, d'organismes publics en santé et de services sociaux, de même que les services de police et des incendies. La première action cible la poursuite et la bonification des efforts existants en concertation des acteurs du milieu afin d'identifier les aînés isolés, démunis et vulnérables. La deuxième action consiste à mettre en place un projet d'intervention mettant en place des « sentinelles » responsables d'identifier et d'informer les aînés les plus à risque, et puis de les mettre en liens avec les divers services du milieu.

Le projet a été finement planifié entre les différents partenaires. D'abord, les pompiers ont la responsabilité d'identifier les personnes âgées isolées et vulnérables lors de leurs visites annuelles de prévention dans les domiciles des citoyens. En se basant sur les résultats d'un questionnaire validé⁶, des signalements seront effectués auprès d'un organisme communautaire, qui par la suite rendra visite aux personnes signalées en leur présentant une trousse d'information et de prévention. Ensuite, différents services tels la popote roulante ou le service Secours amitié seront mis à leur disposition. Au plan technique, les pompiers seront formés par des employés du Centre de santé et des services sociaux du milieu et de la Corporation de développement communautaire. Ultérieurement, un réseau d'intervenants et de bénévoles sera également formé; ces derniers pourront eux aussi identifier, guider et informer les aînés visés par ce projet.

Ce projet est innovateur puisqu'il permet de rejoindre les aînés avec qui il serait difficile, voire impossible, d'entrer en contact autrement. Face à la bonne mise en œuvre du projet, des barrières ont néanmoins apparues. La principale barrière est organisationnelle. En effet, la concertation et le partenariat nécessitent un partage de responsabilités et de compétences par les acteurs impliqués dans le projet qui n'est pas

⁶ Ce questionnaire, PRISMA-7, est un questionnaire validé en 7 points qui vise à établir si la personne âgée montre des signes de perte d'autonomie. D'autres questions ont été ajoutées aux fins de ce projet afin de cibler des facteurs de négligence ou d'isolement.

garanti de réussite. Ainsi, le service des incendies, quoique très intéressé et investi dans le projet, bloque sa mise en œuvre puisqu'il refuse de divulguer les informations recueillies lors des visites à domicile aux intervenants des services de santé et sociaux, et cela, en raison des règles de confidentialité rattachée à l'organisation. Autrement dit, la délimitation des compétences interventionnelles appartenant tant aux services sociaux et de santé et aux pompiers est encore à situer. Cette délimitation nécessite cependant une transformation de la culture organisationnelle qui dépasse parfois les enjeux rattachés à VADA-QC.

Conclusion

Notre objectif était de décrire le processus de mise en œuvre de villes amies des aînés au Québec, et cela, en présentant les approches la sous-tendant, ainsi que deux actions mises en œuvre et leurs enjeux.

Le gouvernement du Québec, considérant les projets VADA-QC comme un franc succès dans la mise en place d'un programme pour et par les aînés quant à l'adaptation des environnements bâtis et sociaux, a créé un nouveau programme provincial en 2009. Ce programme, intitulé «Municipalités amies des aînés» (MADA-QC), est destiné à l'ensemble des villes du Québec (Gouvernement du Québec, 2012). En gros, il maintient les fondements de la démarche développée à travers VADA-QC, dont l'approche participative et le développement des communautés. Dès les premières observations du déploiement de projets MADA-QC, notre équipe de recherche du CDRV a constaté des enjeux importants à l'égard de la mise en place de la démarche VADA-QC.

D'abord, dans certains projets l'appropriation de la démarche a de grands écarts avec ce qui a été initialement développé. Ainsi, plusieurs villes n'accordent pas de place aux associations aînées sur le comité de pilotage. Aussi, plusieurs lacunes quant à la façon de recueillir les informations lors du diagnostic et l'élaboration du plan d'action ont été observées. Dans certains cas, l'approche participative des groupes de discussion a laissé place à des questionnaires développés et recueillis par des consultants issus du milieu. Aussi, le plan d'action orienté vers un cadre logique n'a pas toujours été réalisé dans les projets MADA-QC. Certains projets ont proposé

un plan d'action qui n'était qu'une série d'objectifs sans actions ni partenaires et échéanciers. À la lumière de cette situation, une collaboration entre le CDRV, le Secrétariat aux aînés et un organisme sans but lucratif - ancré à travers les villes du Québec depuis plus d'une vingtaine d'années -, a permis de développer un guide MADA-QC offrant une marche à suivre pour les communautés. De plus, notre équipe de recherche a mis en place un site internet dédié à l'intégration de la démarche VADA-QC avec les nouveaux projets MADA-QC⁷. Le site propose des contenus évolutifs visant un transfert de connaissances qui prend place tout au long de la démarche VADA-QC. Aussi, il met à la disposition des communautés engagées dans MADA-QC des outils adaptés qui prennent en compte l'expérience que les différents comités de pilotage nous ont partagée.

Ensuite, un autre enjeu central au bon déploiement de MADA-QC est celui du financement des projets. Dans la forme actuelle, le programme finance qu'un certain nombre de projets très ciblés. Il y a donc une réelle difficulté pour les communautés dans MADA-QC de trouver le financement nécessaire à la hauteur de leur ambition. Par contre, cette situation a aussi obligé les projets MADA-QC, ainsi que leurs partenaires, à faire preuve de créativité, voire d'innovation, pour trouver les sommes nécessaires au financement des différents projets touchant à des secteurs d'activités qui débordent parfois des champs de compétences de la municipalité ou qui ne cadrent pas avec les critères d'admissibilité des différents programmes gouvernementaux. Ainsi, il en revient souvent au comité de pilotage de dénicher des programmes de financement ayant des critères d'admissibilité plus larges ou encore aux organismes communautaires de déboursier les sommes nécessaires en modifiant leurs propres programmes. Néanmoins, tout au long de la réalisation des projets pilotes, plusieurs municipalités et plusieurs partenaires du comité de pilotage ont accepté d'assumer les différents coûts associés aux projets.

En résumé, depuis quelques années la démarche VADA s'est développée rapidement dans le contexte québécois, témoignant de l'intérêt des villes, des citoyens aînés et des organisations communautaires et publiques à répondre par eux-mêmes aux enjeux du vieillissement de la population. Cependant, ce développement accéléré

⁷ <http://www.madaquebec.ca> [accédé le 15 novembre 2012].

soulève des enjeux de « traduction » entre les lignes directrices de la démarche VADA-QC et sa mise en pratique au travers du programme MADA-QC.

Références

ACDI. (1999). *La gestion axée sur les résultats à l'ACDI: Guide d'introduction aux concepts et aux principes*. Ottawa (Canada): Agence canadienne de développement international.

Austin, C., Flux, D., Ghali, L., Hartley, D., Holinda, D., McClelland, R. & Sieppert, J. (2001). *A Place to Call Home. Final Report of the Elder Friendly Communities Project*. Calgary: City of Calgary, Calgary Region, University of Calgary.

Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. & Fréchette, L. (2007). *L'organisation communautaire (fondements, approches et champs de pratique)*. Québec (Canada): Presses de l'Université du Québec.

Buffel, T., Phillipson, C. & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments □: Developing “age-friendly” cities. *Critical Social Policy*, 0(0), 1–21.

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

Chaskin, R., Brown, P., Venkatesh, S. & Vidal, A. (2001). *Building community capacity*. New York (EUA): Aldine de Gruyter.

Gouvernement du Québec. (2012). *Municipalité amie des aînés - Programme de soutien*. Québec (Canada): Secrétariat de la famille et des aînés.

Government of Canada. (2007). *Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide*. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Committee of Officials (Seniors). Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age_friendly_rural/AFRRRC_en.pdf

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

ISQ. (2009). *Bilan démographique du Québec. Édition 2009*. Québec (Canada): Institut de la statistique du Québec. Retrieved from: www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2009/bilan2009.pdf

Johnson, M. (2009). Our Guest Editor. *Generations*, 33(2), 4.

Kellogg Foundation. (2004). *Logic Model Development Guide*. Battle Creek: Kellogg Foundation.

Kihl, M., Brennan, D., Gabhawala, N., List, J. & Mittal, P. (2005). *Livable Communities: An Evaluation Guide*. Washington DC: AARP Public Policy Institute.

Kochera, A. & Bright, K. (2006). Livable Communities for Older People. *Generations*, 29(4), 32-36.

- Kohler, M. (2007). The new challenge: Lifetime neighbourhoods. *British Journal of Community Nursing*, 12(11), 527-529.
- Lui, C.-W., Everingham, J.-A., Warburton, J., Cuthill, M. & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116-121.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (Eds.). (2005). *Community Organizing and Community Building for Health*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (2008). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Mintzberg, H. (1994). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris (France): Dunod.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention: Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec (Canada): Presses de l'Université Laval.
- OMS. (2002). *Vieillir en restant actif - Cadre d'orientation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2006). *Protocole de Vancouver - Villes-amies des aînés, Marche à suivre*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. Retrieved from:
http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf
- ONU. (2002). *Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement*. New York: Nations Unies. Retrieved from:
http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_french.pdf
- ONU. (2006). *Guidelines for Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Plouffe, L. (2011). Villes amies des aînés: de ses origines à son déploiement international. *Vie et vieillissement*, 9(1), 14-18.
- Potvin, L. & McQueen, D. (2008). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas - Values and Research*. New York (EUA): Springer.
- Syme, S.L. (2004). Social Determinants of Health: The Community as an Empowered Partner. *Preventing Chronic Disease*, 1, 1-5.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 22/12/2012

Suzanne Garon - Professora, Escola de Trabalho Social, Universidade de Sherbrooke e pesquisadora no DRV, Centro de Pesquisa sobre o Envelhecimento.

Marie Beaulieu - Professora, Escola de Trabalho Social, Universidade de Sherbrooke e pesquisadora no CDRV, Centro de Pesquisa sobre o Envelhecimento.

Mario Paris - Candidato ao Doutorado em Gerontologia, Universidade de Sherbrooke.

Anne Veil - Pesquisadora no CDRV.

Andréanne Laliberté - Estudante de mestrado em Trabalho Social.