

ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL
FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

RÉFLEXION SUR LE POTENTIEL DE PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS
DANS LES APPROCHES COLLECTIVES FAVORISANT LA PARTICIPATION
CITOYENNE

PAR
NICOLAS GOUDREULT

TRAVAIL PRÉSENTÉ À
SUZANNE GARON, DIRECTRICE
ET
JACQUES CAILLOUETTE, CORRECTEUR

ESSAI

SHERBROOKE
MAI 2019

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Liste des figures | 3 |
| Remerciements..... | 4 |
| Introduction..... | 5 |
| Vieillesse de la population | 5 |
| Évolution du développement des communautés et la participation sociale au Québec .. | 7 |
| Le développement des communautés et la participation sociale dans la réforme | 9 |
| Les approches préventives favorisant la participation citoyenne aujourd’hui | 10 |
| Partie 1 : La participation sociale des aînés | 14 |
| Participation sociale | 14 |
| Modèle Écossais | 15 |
| Logique bottom-up et participation citoyenne | 18 |
| Le défi de la mobilisation citoyenne | 21 |
| Le potentiel de participation sociale des aînés | 24 |
| Participation sociale des aînés | 24 |
| Expériences de collaboration avec des aînés | 25 |
| Réflexion sur le potentiel de participation sociale des aînés | 27 |
| Partie 2 : Les approches préventives favorisant la participation citoyenne | 29 |
| Approche populationnelle | 29 |
| Forces de l’approche populationnelle..... | 30 |
| Défis liés à l’approche populationnelle | 31 |
| Développement des communautés | 32 |
| Modèle Alinsky vs Freire | 32 |
| Définition..... | 34 |
| Les défis et les forces liés à l’approche de développement des communautés | 35 |
| L’approche basée sur le milieu..... | 41 |
| Le milieu..... | 42 |
| Définition de l’approche basée sur le milieu | 43 |
| Historique de l’approche basée sur le milieu..... | 45 |
| Forces de l’approche basée sur le milieu..... | 45 |
| Défis de l’approche basée sur le milieu..... | 47 |

| | |
|---|----|
| Partie 3 : intégration des approches et application dans le programme municipalités amies des aînés | 54 |
| Similarités et différences entre les trois approches | 55 |
| Intégration des trois approches..... | 58 |
| Application de l'approche intégrée dans le projet Municipalité amie des aînés (MADA) | 59 |
| Le projet Municipalité amie des aînés (MADA) | 59 |
| Intégration des approches dans le projet MADA | 60 |
| Réflexion sur la participation des aînés dans MADA et division des territoires..... | 65 |
| Conclusion | 68 |
| Références..... | 70 |
| Annexe | 86 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Impact estimé des déterminants de santé sur l'état de santé et de bien-être de la population | 9 |
| Figure 2 : Les niveaux de participation selon les logiques ascendantes et descendantes . | 20 |
| Figure 3 : Facteurs du milieu ayant un impact sur la santé..... | 42 |
| Figure 4 : Les approches favorisant la participation citoyenne | 54 |
| Figure 5 : Similarités et différences des approches favorisant la participation citoyenne | 57 |
| Figure 6 : Démarche de l'approche intégrée | 59 |

REMERCIEMENTS

Une grande fierté m’envahit quand je repense à ce processus de rédaction, qui à ma grande surprise aura duré une année entière! Bien que l’écriture d’un essai reste une expérience très individuelle et singulière, le processus a été bonifié par le support de nombreux individus. Comme le dit l’expression : « Seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin ». Ce fut mon cas où les discussions et le temps passé avec ces individus m’auront permis d’avoir du matériel, mais aussi l’état d’esprit adéquat pour mettre ce matériel sur papier.

D’abord et surtout, un énorme merci à Suzanne Garon, ma directrice de maîtrise. Merci de me pousser à être meilleur à chaque jour et à me faire confiance. Merci pour ta passion pour la recherche, l’actualité, la société et l’humain qui est tellement contagieuse. Merci pour la confiance que tu m’as donnée sur différents projets dans l’équipe de recherche qui ont mis le bain pour cet essai. Merci de m’avoir partagé ta passion pour le collectif, la programmation et récemment le territoire. Je crois bien que c’est le début d’une belle histoire avec ce dernier concept. En espérant que l’on pourra le porter loin. De mon côté, cet essai n’est que le point de départ.

Merci à mon éternelle *partner in crime* Anabelle. On n’y serait jamais arrivé sans nos soirées PB&H. Merci pour ton soutien pendant ces trois ans de travail social. Nous voilà finalement à la fin, malgré quelques (plusieurs) débordements et désorientations.

Merci à mes collègues de bureau Fanny et Christyne pour vos conseils et votre aide pour trouver mes mots. Votre présence positive m’a énormément aidé pendant ce parcours.

Merci à mon amoureuse Amélie pour ton support en tout temps malgré nos horaires chargés dans les meilleurs moments et les (rares) mauvais moments. Tes encouragements, tes rétroactions, tes conseils et ton amour m’ont permis d’être où j’en suis aujourd’hui.

En terminant, merci à mes parents et mes frères et sœurs Yves, Louise, Simon-Pierre, Elizabeth, Anthony et Samuel de m’avoir montré à quel point la vie est plus belle en collectivité. Vous avez tous eu un rôle à jouer pour l’atteinte de ce bel accomplissement.

INTRODUCTION

Vieillesse de la population

Le XXI^e siècle est frappé par un phénomène démographique mondial majeur qui a des répercussions, sur le Québec notamment, et continuera à avoir un impact dans les prochaines années et dès 2025, c'est près de deux millions de Québécois qui auront 65 ans et plus (Institut de la statistique du Québec et al., 2015).

Le vieillissement de la population entraînera une multitude de changements dans la société québécoise. Cette section exposera deux changements qui pourraient avoir un fort impact sur le Québec. D'une part, une immense altération du monde du travail est à prévoir avec le départ à la retraite autour de 65 ans de la dense génération des baby-boomers. En effet, sans un ajustement préalable de la société, cette vague de nouveaux retraités pourrait amener des défis qui altéreront le fonctionnement général de la société au niveau économique (Charpentier et al., 2010; Stroud & Walker, 2013). Toutefois, ce sujet ne sera pas étendu davantage dans cet essai. L'accent sera plutôt mis sur les nouveaux rôles qu'occuperont les nombreux aînés à la retraite dans la société. Ces derniers acquièrent une grande quantité de temps libre qui était auparavant écoulé dans un travail rémunéré et qui servira dorénavant à accomplir diverses activités qui varieront selon les intérêts et les moyens du retraité (Charpentier et al., 2010). Ces activités vont souvent être axées sur des loisirs comme participer à des activités sociales, voyager, voir des proches, faire des emplettes, faire des passe-temps (Age UK, 2017; Pettigrew, Mizerski, & Donovan, 2005). Néanmoins, une partie de leur temps servira aussi à la participation sociale de type productive selon la typologie de Raymond et al. (2015), telle que l'appartenance à des organisations non gouvernementales comme bénévole ou comme membre ainsi que l'extension temporelle du travail salarié (Raymond, Sévigny, Levasseur, Coimbra Ferreira de Almeida, & Villaverde Cabral, 2015). Par exemple, les personnes âgées sont le groupe d'âge offrant le plus grand nombre d'heures de bénévolat par année au Québec (Grenier, 2012). Ce type de participation est d'ailleurs considéré comme un facteur de vieillissement en santé (Raymond et al., 2015). Du coup, le fait que les aînés participent activement à la société a un double effet positif sur la société où ils représentent une ressource potentielle

de développement social (Grenier, 2012) en plus de favoriser un vieillissement plus en santé. Dans le contexte du vieillissement de la population, l'apport social de ce groupe d'âge en croissance pourrait s'avérer inestimable.

D'autre part, le vieillissement de la population aura également un effet sur le réseau de la santé et des services sociaux (Charpentier et al., 2010 ; Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire et al., 2013). Bien qu'elle n'engendrera pas une hausse des coûts en santé (Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 2015), il pourrait y avoir un effritement dans la qualité et la quantité des services offerts. En effet, le vieillissement normal d'un individu entraîne des changements au niveau physique et psychologique qui vont nécessiter des soins de santé (Age UK, 2017; Seniors' Healthy Living Secretariat & British Columbia Ministry of Health, 2011). À titre d'exemple, les personnes âgées vont souvent développer des maladies chroniques qui demanderont des soins à long terme (Gouvernement du Québec, 2004). Avec l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus et la hausse de l'espérance de vie, ces demandes vont augmenter. En effet, les personnes âgées utilisent davantage de soins de santé que les autres groupes d'âge (Lefebvre & Soderstrom, 2000). En jumelant cette hausse de la demande de soins de santé avec la baisse du nombre de travailleurs, il pourrait devenir difficile d'offrir les soins appropriés. Un moyen d'y répondre serait de se tourner vers la prévention pour accroître le vieillissement en santé et ainsi réduire les besoins en soins de santé. En effet, de viser un maintien de la santé, peut empêcher le développement de maladies et même éventuellement réduire les coûts en santé (Gouvernement du Québec, 2004). D'ailleurs, le vieillissement actif proposé par l'Organisation mondiale de la Santé encourage cette vision préventive (Paris & Garon, 2015). À ce sujet, la participation sociale se trouve à la fois dans les piliers de l'organisation mondiale et la santé en plus de faire partie des sept principes de Walker (Paris & Garon, 2015). Elle peut donc permettre cette prévention en favorisant un vieillissement actif et en santé.

Le vieillissement de la population représente donc à la fois un levier et un défi pour la société québécoise. D'un côté, ce peut être un levier étant donné que ce bassin de population en croissance offre beaucoup de temps en participation sociale ce qui peut

favoriser le développement social et améliorer leur santé. D'un autre côté, le défi lié au vieillissement de la population réside dans la hausse de besoins en soins de santé liée au vieillissement normal que vivra cette large portion de la population. Ces deux éléments vont dépendre grandement de la place donnée à la prévention de la santé et, par le fait même, la participation sociale par le gouvernement québécois en place. La prochaine section présentera l'évolution de ces sujets dans les quinze dernières années dans la politique québécoise en débutant par la réforme du réseau de la santé et des services sociaux en 2004.

Évolution du développement des communautés et la participation sociale au Québec

En 2004, dans le cadre de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement libéral du Québec proposait une nouvelle approche pour aborder la santé publique au Québec (Bisaillon, Beaudet, Beaudet, Sc, & QUOTIDIEN, 2010). Cette réforme amenait l'idée de l'approche populationnelle qui était basée sur « l'approche population », présentée dans la commission Rochon une quinzaine d'années plus tôt (Turgeon, Jacob, & Denis, 2011). Cette approche s'avère un tournant majeur, car il différait de l'esprit du temps qui privilégiait une approche clientèle qui voulait que le réseau de santé et des services sociaux répondent aux demandes de services en agissant dans une optique curative (Bisaillon et al., 2010). Cette vision curative répondait aux besoins en santé afin de lutter contre les maladies infectieuses durant les années soixante. Cependant, le contexte sanitaire a changé où certaines problématiques de santé telles que l'obésité, le tabagisme et les troubles de santé mentale ont émergé et ne répondaient pas bien du seul traitement curatif (Gouvernement du Québec, 2004). Ces nouvelles problématiques touchant une grande partie de la population, un ajustement du réseau de la santé et des services sociaux était de mise. De plus, devant la hausse de la demande en soin de santé prévisible lié au vieillissement de la population (Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire et al., 2013), il importe d'être davantage proactif aujourd'hui que réactif demain.

Concrètement, la réforme a prévu deux mesures : d'une part, intégrer l'approche populationnelle au Québec par la création des Agences de santé et de services sociaux et

d'autre part de respecter la participation citoyenne dans la définition du système de santé. Ces mesures allaient dans la vague de la Nouvelle Gestion Publique (NGP) qui vise entre autres la décentralisation des pouvoirs à d'autres instances dans le système de santé (M. Bourque, 2007). À ce sujet, les Agences de santé et de services sociaux ont été créées afin de faire un portrait de la santé de la population sur le territoire qu'elles desservent. L'objectif de ces agences est de ressortir les caractéristiques populationnelles au niveau sociodémographique, sociosanitaire et socioéconomique ainsi que de déterminer l'utilisation des services (M. Bourque, 2007). L'accent est donc mis à connaître l'état des déterminants sociaux de la santé dans le but de prendre d'autres mesures pour l'améliorer plutôt que d'attendre de recevoir des demandes de service comme dans l'approche clientèle. Les déterminants sociaux de la santé peuvent être définis comme « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (...) Elles sont influencées par la distribution de l'argent, du pouvoir et des ressources à l'échelle globale, nationale et locale » (Organisation mondiale de la Santé, s. d., p. 1).

Ce virage du gouvernement du Québec allait en concordance avec l'étude canadienne sur le poids des déterminants sociaux de la santé sur la santé publique en 2016 présentée dans la figure 1. Dans cette figure, il peut être observé que le système de soins qui peut être associé à l'approche clientèle ne représente que 25% de la santé des Canadiens. L'environnement physique et le développement économique et social qui est étudié par les Agences de santé et de services sociaux dans l'approche populationnelle de la nouvelle réforme représentent 60 % de la santé des Canadiens. Ces résultats appuient l'initiative de la réforme québécoise de miser sur une nouvelle approche qui ne tient pas seulement sur le système de santé et de services sociaux pour agir sur la santé des Québécois. D'ailleurs, il est intéressant de constater que ces résultats n'ont pas changé depuis 2001 (Lauckner, 2014). Cette constance démontre l'importance de l'environnement sur la santé. Toutefois, cette réforme à saveur sociale est basée sur différentes études où le social n'est que très peu abordé, ce qui amenait le questionnement à savoir quelle place réelle prendrait le social dans cette réforme (Larivière, 2005).

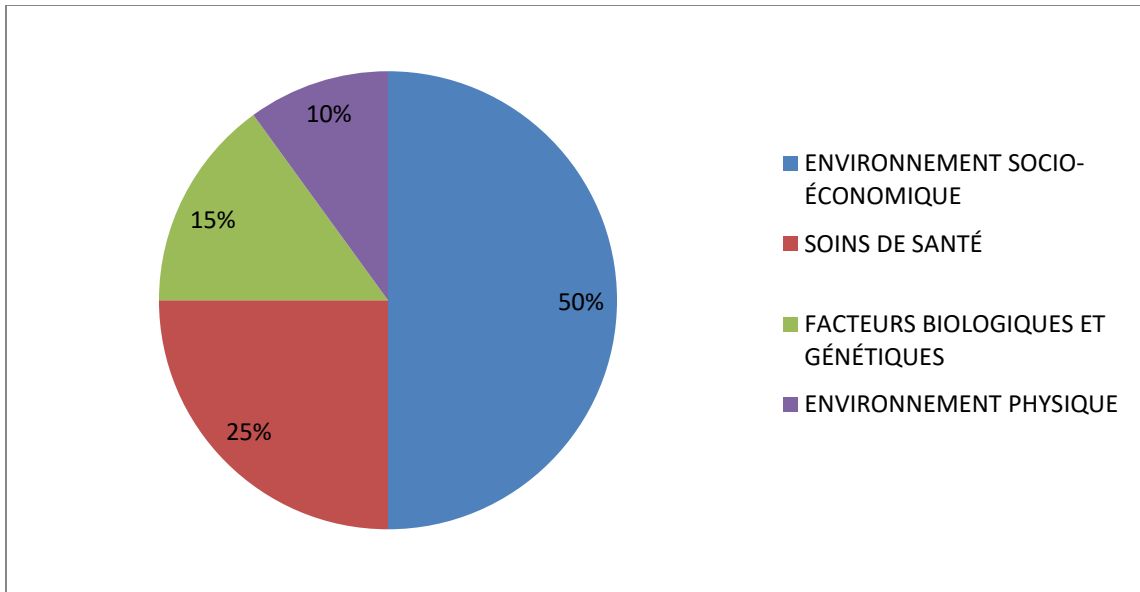


Figure 1 : Impact estimé des déterminants de santé sur l'état de santé et de bien-être de la population

Source : (Institut national de santé publique du Québec, 2017)

Le développement des communautés et la participation sociale dans la réforme

En parallèle avec l'approche populationnelle, le développement des communautés prend de l'expansion dès le début des années 2000. Cette approche misant sur la participation des citoyens était en développement depuis les années 90 au Québec, mais n'a pris son envol qu'en 2003 (D. Bourque & Favreau, 2003). Un an avant, l'institut national de santé publique québécois diffusait un document qui traitait de la plus-value d'une association entre les directions de santé publique et le développement des communautés pour améliorer la santé publique (Leroux, Lévesque, Ninacs, & Institut national de santé publique du Québec, 2002). En 2003, le développement des communautés est incorporé comme stratégie dans le programme national de santé publique du Québec (D. Bourque & Favreau, 2003). À ce sujet, le programme prévoit que la santé publique va appuyer les projets en développement des communautés (Québec (Province) et al., 2003).

Dans un autre ordre d'idée, dans la réforme de 2004, le gouvernement québécois a également misé sur la participation des citoyens pour enligner la nouvelle gestion des services de santé plus particulièrement dans l'évaluation des services. Selon Bourque

(2007), en plus d'être représentés dans les conseils d'administration des établissements, les citoyens usant des services sont aussi consultés pour l'évaluation de ces mêmes établissements. De plus, le gouvernement a aussi créé le poste de Commissaire à la santé et au bien-être qui, par des forums de citoyens, évalue le système santé et de services sociaux (M. Bourque, 2007). Toutefois, les citoyens qui participent à ces forums sont choisis par le Commissaire ce qui peut nuire à la représentativité de la population (M. Bourque, 2007). Tout de même, l'augmentation de la participation citoyenne, la décentralisation des pouvoirs en santé ainsi qu'un accent mis sur l'approche populationnelle plutôt que sur une approche clientèle permettait de croire que les services de santé et sociaux devenaient davantage représentatifs des besoins de la population.

Les approches préventives favorisant la participation citoyenne aujourd'hui

La politique de santé publique de 2003 et la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004 ont mis en lumière des mesures à mettre en place pour passer d'une logique curative à une logique plus préventive tout en impliquant la population dans le processus. Mais comment ont évolué ces mesures dans les quinze dernières années ? Est-ce qu'il y a eu préservation de l'approche populationnelle aujourd'hui ? Est-ce que les citoyens participent aux décisions en santé ? Est-ce que l'approche en développement des communautés est toujours utilisée ? Pour répondre à ces questions, il importe de faire un lien avec l'évolution de la nouvelle gestion publique en fonction des différentes réformes gouvernementales. Essentiellement, la nouvelle gestion publique est une nouvelle forme de gestion calquée sur les principes de gestion dans le secteur privé (M. Bourque, 2007). Cette gestion vise une hausse de l'efficacité dans la gestion publique à travers des mesures de « décentralisation, de visée de résultats, de rendement, d'accessibilité, de continuité accrue, de responsabilisation des prestataires de services ainsi que d'enquête de satisfaction de la part des « clients » » (D. Bourque, Université du Québec en Outaouais, & Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, 2011, p. 7). Elle vise à diminuer le rôle de l'État en décentralisant le pouvoir ce qui permet à l'État de rester spectateur dans la mise en concurrence des différentes instances. L'État n'a qu'à contrôler les ressources et cibler où elles seront utilisées selon le rendement des instances. Cette gestion permet de

choisir et légitimer l'aboutissement de ces ressources dans un contexte où ces dernières sont limitées (D. Bourque et al., 2011; M. Bourque, 2007).

Dans le contexte de la nouvelle gestion publique, le gouvernement a adopté le projet de loi 83 qui exigeait aux centres de santé et des services sociaux (CSSS), qui sont sous l'égide des Agences de santé et de service sociaux, de produire un Projet clinique qui répondait aux différents programmes du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), et ce, sans leur apporter de financement (D. Bourque et al., 2011). Ces programmes sont créés par des experts basés sur le courant des meilleures pratiques qui est lui-même basé sur les données probantes provenant des études (D. Bourque et al., 2011). Le projet clinique exigé suivait l'approche populationnelle et devait répondre aux besoins en santé et en bien-être de la population tout en mobilisant les différents acteurs sur le territoire (D. Bourque et al., 2011). Le MSSS exige également que les mesures mises en place proviennent de pratiques standardisées (D. Bourque et al., 2011). Devant ce lot d'exigences jumelé aux exigences déjà établies de la nouvelle gestion publique en termes de rendement et de financement au mérite, la tâche devenait ardue pour les CSSS et par conséquent, les Agences de santé et de services sociaux.

Les mesures d'austérité de 2014 ont augmenté la charge et les demandes de rendement exigées aux instances de santé et de services sociaux, d'autant plus suite au projet de loi 10 qui amenait la fusion des CSSS en centres intégrés. Dans le même projet de loi, les Agences de santé et de services sociaux étaient abolies en déléguant leur tâche aux nouveaux centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Cette abolition a mis un certain frein au virage vers l'approche populationnelle où la centralisation des tâches ne permet pas de prioriser une logique préventive, mais plutôt ramener à l'avant la logique curative. De plus, l'élargissement des territoires couverts par chacune des institutions intégrées complique l'utilisation de l'approche populationnelle (Lachapelle, 2016). Ainsi, il peut être plus difficile de répondre aux besoins de l'ensemble des besoins du territoire en santé, et ce, avec une optique préventive. En fait, il peut être supposé que la fusion prévue dans le projet de loi 10 convient mieux à une logique curative. Puis, la nouvelle gestion publique implique que les institutions doivent répondre à des exigences de rendement pour recevoir le financement.

Toutefois, il importe de mentionner que les indicateurs sur lesquels se base l'État ne comprennent pas des indicateurs de satisfaction des usagers comme ce qui était prévu dans la réforme de 2004. Les indicateurs pour évaluer les services sont plutôt de type quantitatif et touchent davantage le temps et le nombre d'interventions effectuées (M. Bourque, 2007)

Au niveau de l'aspect de participation citoyenne lié à l'approche populationnelle, il y a un retour à la case départ. Les usagers ne participent que très peu aux conseils d'administration des institutions publiques et ne forment que des comités d'usagers et sont redevenus davantage des clients. Le poste de Commissaire à la santé et au bien-être a été aboli et ramené à quelques reprises. Plus récemment, il a été aboli en décembre 2017 après avoir émis à l'automne un rapport étalant les mauvaises performances du système de santé et de services sociaux (Déry, 2017). Le pouvoir de ce poste a été donné au ministre de la santé (Marin, 2017). Il est à noter que la majorité des rapports du Commissaire depuis la création du poste se sont avérés négatifs (Déry, 2017). Cela permet de spéculer qu'il ne possède pas un réel pouvoir sur le gouvernement et par conséquent, que les citoyens impliqués dans les forums publics n'ont également pas de réel pouvoir. Ainsi, l'approche populationnelle et la responsabilité populationnelle promise par la réforme ne s'avéraient être qu'un « mirage de décentralisation » (Vaillancourt, 2017, p. 35). L'approche populationnelle est donc dénaturée et n'a finalement pas donné plus de pouvoir aux institutions locales et à la population comme prévu au départ dans la réforme de 2004.

Du côté de l'approche en développement des communautés, il peut être supposé qu'elle a également subi les contrecoups de la Nouvelle Gestion Publique étant donné son aspect préventif qui ne cadre pas avec les mesures d'efficacités exigées par la NGP. Également, la fusion de 2014 éloignait les services des communautés ce qui empêche le travail de proximité (Lachapelle, 2016). Le développement des communautés n'avait également pas autant d'importance dans le nouveau programme national de santé publique de 2015 (Lachapelle, 2016). Toutefois, l'approche se trouve tout de même dans les plans d'action régionaux de toutes les régions du Québec (Garon, Veil, & Goudreault, 2019). Même que certaines régions y mettent une grande importance dans leur plan d'action en santé publique en faisant la promotion de l'approche et la formation des professionnels sur cette approche (Garon et al., 2019). Cependant, plusieurs régions ne font qu'effleurer le sujet dans leur

plan d'action (Garon et al., 2019), ce qui porte à croire que l'approche n'a pas une notoriété à l'image de ce que les recherches démontrent sur son efficacité (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2016).

Ainsi, le gouvernement québécois a pris des mesures dans les dernières années qui ne laissent pas beaucoup de place à la participation sociale des citoyens et aux approches qui la favorise comme l'approche populationnelle et l'approche en développement des communautés. Cependant, comme indiqué précédemment, le vieillissement de la population apportera des grands bouleversements au niveau du réseau de la santé et des services sociaux qui pourraient être absorbés par les approches davantage préventives et impliquant les citoyens comme l'approche populationnelle, l'approche en développement des communautés et être moins axées sur la performance comme celles privilégiées par la Nouvelle Gestion Publique. D'ailleurs, l'arrivée à la retraite d'un grand nombre de citoyens qui ont un fort potentiel de participation sociale pourrait permettre au réseau de santé et des services sociaux d'opérer ces différentes approches avec leur participation ce qui pourrait représenter un avantage majeur. En effet, leur participation permettrait de cerner directement les besoins de la population âgée et opérer sur les déterminants sociaux de la santé qui touchent cette population en forte croissance et qui nécessitent la majeure partie des soins de santé. De plus, comme indiqué précédemment la participation sociale permet également de favoriser un vieillissement en santé.

Dans cet esprit, cet essai sera divisé en deux sections. D'une part, la première section traitera de la participation sociale. D'abord, la participation sociale au sens large sera abordée. Ensuite, l'exemple du modèle écossais incluant le citoyen sera présenté en comparaison avec le modèle québécois. Puis, les logiques ascendantes et descendantes seront comparées. De plus, les défis liés à la participation sociale seront exposés. Enfin, cette section se conclura par une réflexion sur le potentiel de participation des aînés dans les approches suivant la logique préventive. D'autre part, la seconde section passera en revue différentes approches préventives d'intervention qui peuvent inclure la participation sociale. Ainsi, l'approche populationnelle, l'approche en développement des communautés et l'approche basée sur le milieu seront explorées. Cette partie sera conclue par l'exemple

de Municipalités amies des aînés (MADA) qui intègre les trois approches jusqu'à un certain point et d'une réflexion sur comment ces approches pourraient bonifier le programme MADA.

PARTIE 1 : LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS

Cette partie traitera de la participation sociale et comment elle peut être profitable pour une communauté. La première section exposera la participation sociale au sens large. La seconde section fera une comparaison entre le modèle écossais qui intègre la participation citoyenne et le modèle québécois actuel qui ne repose que très peu sur la participation citoyenne. La troisième section traitera des concepts de logique ascendante et descendante. La quatrième section présentera les défis liés à la participation citoyenne. Enfin, la cinquième section exposera une réflexion sur le potentiel de participation sociale des aînés dans la société québécoise.

Participation sociale

La participation sociale est « l'engagement de la personne dans des activités en interaction avec les autres dans la société » (Raymond et al., 2015, p. 4). Cette définition peut être divisée en deux parties : l'engagement d'une personne dans des activités et l'interaction avec les autres. D'abord, l'engagement d'une personne peut couvrir toutes les formes de participation sociale. Le concept de participation sociale est un concept parapluie qui englobe plusieurs concepts différents (Paris, 2015). Pour les besoins de cet essai, le concept sera circonscrit et l'accent sera plutôt mis sur les formes de participation sociale qui sont productives (Raymond et al., 2015) et organisées (Charpentier et al., 2010) dont fait partie la participation citoyenne dans l'intervention collective (Mercier & Bourque, 2012). C'est ce type de participation qui est nécessaire dans les approches qui seront présentées dans la prochaine partie. En effet, les trois approches impliquent la population en tant que citoyen et peut également solliciter des organismes partenaires qui emploie des bénévoles.

Ensuite, la participation sociale implique une interaction avec les autres dans la société. Cette interaction peut avoir plusieurs effets positifs. D'abord, comme indiqué

précédemment, la participation sociale peut avoir un effet positif sur la santé (Raymond et al., 2015), ce qui peut être attribué entre autres aux interactions sociales qui naissent de cette participation. En effet, le manque de relations sociales représente un plus grand facteur de risque sur la mortalité que l'obésité et la sédentarité (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). C'est d'ailleurs pourquoi Holt-Lunstad et al. indiquent que le lien social devrait être une priorité de santé publique (Holt-Lunstad, Robles, & Sbarra, 2017). Étant donné que ce lien social est indissociable à la participation sociale, cette dernière devrait être favorisée par améliorer la santé des communautés. À cela peut s'ajouter le concept d'esprit de communauté qui est étroitement lié à la participation sociale et aux liens sociaux. L'esprit de communauté correspond à un sentiment d'appartenance envers un groupe d'individus qui permet de lutter contre le sentiment de solitude (Yu, Wong, & Woo, 2018). Ce sentiment de lien social est alimenté par la participation sociale et est associé à une meilleure santé et un meilleur bien-être (Yu et al., 2018).

Ainsi, la participation sociale peut avoir un impact positif sur la santé et sur le sens de communauté. Il serait donc fort pertinent que le gouvernement québécois ouvre la porte à une plus grande participation des citoyens. Pour ce faire, il peut être important de s'inspirer des modèles qui ont fonctionné ailleurs. La section suivante présentera donc un modèle de participation citoyenne adopté en Écosse en 2010 en comparaison à la Nouvelle gestion publique du Québec qui prime sur le réseau de santé et des services sociaux depuis 2005.

Modèle écossais

Dans le cadre de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004, il était question de responsabilité populationnelle où le développement et le maintien de la santé devenaient la responsabilité de tous. Cette volonté prônait donc l'implication des citoyens dans les décisions en santé (Gouvernement du Québec, 2004). Comme indiqué précédemment, le Québec intègre de plus en plus d'initiatives qui favorisent l'implication citoyenne en lien avec l'avènement de l'approche populationnelle. Toutefois, il serait faux de dire que le Québec favorise l'implication citoyenne ou une approche « user-led » (dirigée par l'utilisateur) (Pomey, 2012). En effet, comme indiqué précédemment, le contexte organisationnel et politique au Québec actuel est peu approprié à donner une grande place à l'utilisateur dans les décisions.

En contrepartie, le gouvernement écossais a pris des mesures pour adapter son réseau de santé et des services sociaux pour permettre la participation citoyenne. En se dotant d'une stratégie nationale de soutien autodirigé sur dix ans en 2010, l'Écosse ouvrait la porte à une participation des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux en leur donnant un plus grand contrôle ainsi qu'un plus grand choix. C'est à travers une collaboration où les différents acteurs publics, les organisations du tiers secteur vont, avec les citoyens, ressortir les forces, les ressources et la contribution de chacun pour atteindre les résultats espérés (Carrier et al., 2013).

Également, le réseau de santé et des services sociaux écossais a ajusté les interventions et l'évaluation de ses services en coproduisant, avec les usagers, les effets et les indicateurs visés par l'intervention et qui seront évalués à la fin du processus. Parmi ces indicateurs, une grande place est donnée à la satisfaction de l'utilisateur face au service (Carrier et al., 2013). Cette nouvelle approche fait contraste avec l'approche privilégiée dans le système de santé et de services sociaux au Québec. Avec la venue de la nouvelle gestion publique, c'est une logique quantitative qui prime où l'efficacité est prisée et l'objectif est de réduire au maximum les coûts des services. Le gouvernement québécois exige donc de diminuer les dépenses en santé et dans les services sociaux en évaluant les services selon des indicateurs quantitatifs tels que le nombre d'interventions exécutées ainsi que le nombre d'interventions par usager et le temps de ces interventions (D. Bourque et al., 2011). Cette méthode d'évaluation ne requiert nullement la participation des usagers. En plus, l'implication des usagers pourrait ne pas convenir à la logique d'efficacité promue par le gouvernement québécois. De plus, comme indiqué précédemment, cette évaluation est liée à la standardisation des pratiques exigée par l'État qui est elle-même basée sur les études sur les données probantes provenant des États-Unis (D. Bourque et al., 2011).

D'ailleurs, cette logique quantitative s'est amplifiée durant les mesures d'austérité de 2014 qui visaient à réduire davantage les coûts. Le gouvernement Couillard a procédé à d'importantes coupures budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux qui renforcent les exigences quantitatives. Par exemple, les coupures ont amené les institutions à réduire leur nombre d'employés, le nombre de lits, le temps d'intervention ce qui exige aux professionnels d'augmenter leur productivité (Institut de recherche et d'informations

socio-économiques (IRIS), 2016). Cette vision du « faire plus avec moins » a entraîné plusieurs conséquences néfastes notamment sur la santé des professionnels de la santé et des services sociaux (Chabot, 2015). Ces conséquences sont d'ailleurs amplifiées par la baisse de la qualité des services qui s'ensuit et qui entraîne le mécontentement des patients. En effet, le patient devient un « facteur d'inconfort » pour les professionnels qui peinent à vouloir offrir du temps à leur patient (Sainsaulieu, 2009, p. 12). Par conséquent, le cercle vicieux causé par les mesures d'austérité entraîne une hausse de l'épuisement professionnel et de la détresse psychologique chez ces professionnels (Pigeon, 2017). Ainsi, la condition dans laquelle se trouvent les professionnels de la santé amène inévitablement une baisse de la qualité des services. Ce contexte, en plus de ne pas être propice à un travail de collaboration entre usager et professionnel peut amener la relation à s'envenimer.

En opposition à la logique quantitative du gouvernement québécois, le gouvernement écossais mise plutôt sur une logique des effets qui est davantage qualitative, car ses effets sont co-construits avec les personnes visées par ces effets (Carrier et al., 2013). Il devient intéressant de se questionner sur la possibilité pour le gouvernement québécois de se calquer sur le modèle écossais. Considérant que l'État finance les services en fonction de leur rendement et de leur efficacité à gonfler les indicateurs quantitatifs (D. Bourque et al., 2011), une centration sur les effets sous une logique qualitative pourrait avoir des répercussions avantageuses sur plusieurs secteurs souvent désavantagés par la logique actuelle. D'une part, les organismes communautaires ont souvent du mal à recevoir du financement de l'État à cause d'une différence de valeurs. Il leur est exigé d'être constamment performant, novateur et il y a même la création d'une compétition malsaine entre les organismes pour recevoir du financement. Cette pensée managériale contrevient aux valeurs des organismes communautaires qui visent une logique ascendante et non descendante (Depelteau, Fortier, Hébert, Langlois, & Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 2013). Aussi, les organismes communautaires doivent parfois se tourner vers les sociétés de gestion issues de la Fondation Lucie-et-André-Chagnon (FLAC) (Lachapelle, 2016). Ces organisations ont souvent des critères très stricts auxquels les organismes communautaires vont se plier pour assurer leur survie ou pour continuer de prodiguer les mêmes services (Lavallée, Mercier, & Bourque, 2017).

Toutefois, il peut être supposé qu'en co-construisant des effets avec leurs usagers pour ensuite les mesurer, l'organisme communautaire arriverait à de meilleurs résultats ce qui légitimerait le financement qu'il reçoit et pourrait même amener des hausses des subventions reçues. D'autre part, les approches collectives qui favorisent la participation citoyenne ont aussi du mal à recevoir du financement de l'État étant donné que les résultats sont souvent à long terme et que les résultats sont difficiles à quantifier (Mercier & Bourque, 2012; Theodos & Firschein, 2015). Avec la logique qualitative du modèle écossais, la valeur des interventions collectives serait assurée par la co-construction et la participation des usagers non seulement dans la mesure des effets, mais dans l'ensemble du processus. Encore une fois, ce virage dans la logique d'efficacité du gouvernement québécois légitimerait le financement de ces interventions.

Ainsi, ce virage pourrait permettre d'effacer les effets néfastes du modèle actuel qui entraîne actuellement une forte baisse dans la qualité des services. En effet, en misant moins sur l'efficacité quantitative, mais plutôt sur des effets qui sont déterminés avec les usagers et les citoyens, les professionnels s'assurent d'offrir des services personnalisés et des projets collectifs qui plaisent aux usagers. De cette façon, c'est l'utilisateur qui détermine ce qui est un bon ou un mauvais service et assure donc que le service qui sera financé est un bon service. Cette philosophie aurait des répercussions non seulement sur les usagers, mais aussi sur les professionnels qui miseraient sur la qualité plutôt que la quantité ce qui réduirait les risques d'épuisement professionnel. Ultimement, ce virage pourrait augmenter l'efficacité globale du système de santé et de services sociaux québécois.

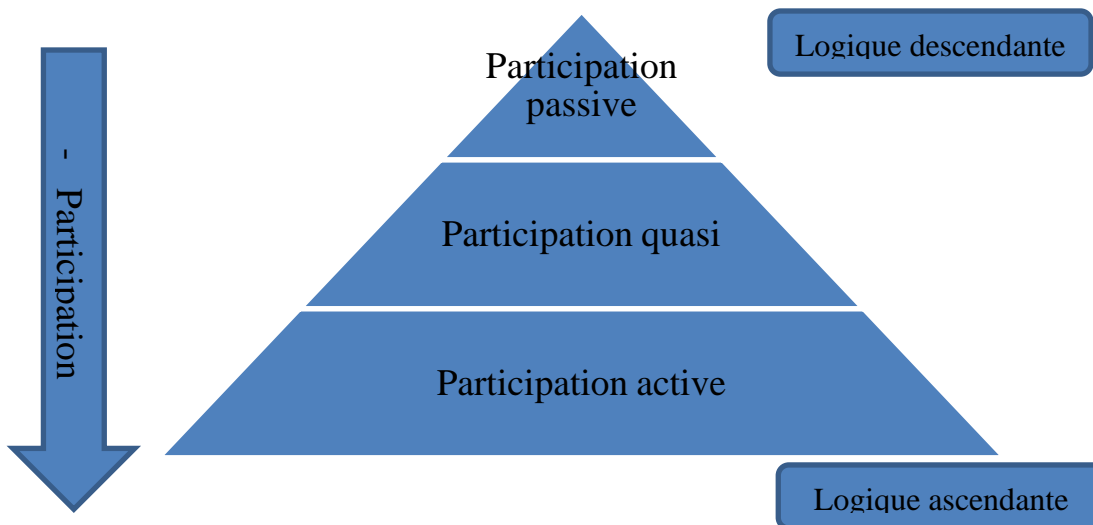
Logique bottom-up et participation citoyenne

L'implication citoyenne privilégiée en Écosse explicitée précédemment concorde avec le modèle de logique ascendante dirigé par l'utilisateur. Ce modèle se distingue de la tendance au Québec qui suit davantage une logique descendante et dirigée par les producteurs de service. Cette section présentera plus en détail les deux modèles avec leurs caractéristiques et leurs frontières.

D'abord, le modèle de logique descendante vise à ce que l'État et les institutions dominantes imposent une idéologie aux usagers et aux citoyens dans le but d'assurer leur

sécurité et leur pérennité. L'idée derrière cette logique est que ces acteurs sont les plus aptes à atteindre rapidement les résultats espérés avec les budgets prévus. C'est ce modèle qui est actuellement le plus utilisé à travers le monde et celui utilisé au Québec (Isidiho & Shatar B. Sabran, 2016). Le modèle au Québec est également « service-led » au sens où il est dirigé par les producteurs de service. En contrepartie, le modèle de logique ascendante vise à inclure les usagers et des citoyens dans toutes les étapes d'un processus qui se veut démocratique. Dans ce modèle, les usagers sont invités à partager leur vision et leurs attentes en lien avec leur mode de vie (Isidiho & Shatar B. Sabran, 2016). À ce modèle peut s'ajouter une gestion du service par l'utilisateur, ou « user-led ».

Ces logiques peuvent varier selon le niveau de participation des usagers dans le processus. Cette variation est illustrée dans la figure 2 ci-dessous. Il existe trois types de participation qui peuvent se trouver dans ce continuum, soit la participation passive, quasi ou active. Dans la participation passive, l'État ou l'institution invitera les citoyens ou les usagers à participer à quelque chose qui aura déjà été décidé au préalable ou même. Les personnes n'ont donc pas leur mot à dire et subissent ce qui a été décidé. Dans la participation quasi, les usagers ou les citoyens sont invités à participer à certaines étapes du processus et même donner leur avis. Enfin, dans la participation active, les usagers et les citoyens font pleinement partie du projet et sont présents dans toutes les étapes du processus (Isidiho & Shatar B. Sabran, 2016).



Dans le modèle écossais, les types de participation vont de quasi à active alors qu’au Québec, la participation reste principalement passive à l’exception de certaines initiatives (Pomey, 2012). Il importerait d’impliquer davantage les citoyens et les usagers pour les mêmes raisons évoquées précédemment, soit pour améliorer la qualité des services du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Toutefois, quoiqu’il serait pertinent pour l’État et les institutions de se diriger davantage vers une logique ascendante, le type de participation peut varier en fonction des situations. En effet, tout dépendant de la tâche à accomplir, il est parfois préférable de ne pas impliquer les citoyens dans tous les projets et opter davantage vers une logique descendante et « service-led ». Soit par souci d’efficacité, pour ne pas trop solliciter les citoyens ou tout simplement parce que le sujet ne les concerne pas, il est parfois mieux de ne pas toujours exiger de participation citoyenne (Isidiho & Shatar B. Sabran, 2016). Cependant, si l’action à entreprendre concerne les citoyens ou les usagers et que le projet bénéficiait de leur expérience, leurs besoins et leurs attentes, alors il importe de chercher à les impliquer dans l’action. Leur degré de participation variera selon plusieurs facteurs, mais, si c’est possible, il est préférable de les impliquer dans toutes les étapes de la démarche.

Figure 2 : Les niveaux de participation selon les logiques ascendantes et descendantes

L’implication citoyenne peut amener plusieurs avantages sur les services professionnels. D’abord, en impliquant l’usager dans un service de santé, le professionnel s’assure de donner un service personnalisé à l’usager qui répond à ses attentes et dans lequel il trouve son compte (Carrier et al., 2013). Ensuite, d’impliquer l’usager ou le

citoyen peut amener une réduction des coûts. D'une part, leur implication permet d'assurer une satisfaction de l'utilisateur ou du citoyen en considérant qu'il serait utilisé comme indicateur de réussite des objectifs (Carrier et al., 2013). En ayant un client satisfait du service, cela diminue les chances qu'il ait à faire appel à ces services et ainsi diminue les coûts. D'autre part, l'implication des citoyens dans des initiatives permet d'accroître l'efficacité et la justesse de la réponse aux besoins lors de la réalisation de ces initiatives, et, du même coup, diminuer les coûts pour les réaliser (Carrier et al., 2013). Toutefois, pour arriver à ces résultats, il faut d'abord réussir à mobiliser les citoyens, ce qui peut parfois être laborieux (Minkler, 2012). La section suivante présentera le défi que cela représente.

Le défi de la mobilisation citoyenne

Il existe un enjeu majeur lié à la participation citoyenne qui est que son existence dépend de la qualité et de la quantité de l'implication citoyenne et plus encore, de leur volonté à se mobiliser ou pas. Certains facteurs vont influencer sur le taux de participation des citoyens dans un projet. Ces facteurs peuvent être personnels, contextuels, organisationnels, liés au type de participation demandé ou liés aux modalités entourant la participation.

D'abord, la participation peut dépendre de facteurs personnels. Premièrement, le manque de ressources personnelles peut réduire les chances qu'un individu participe à un projet. Par exemple, si un individu manque de compétences sur le sujet du projet, il y a peu de chance qu'il s'engage dans le projet, car il ne se croira pas capable d'accomplir les tâches qui y sont associées (Howat, Cross, Hall, Iredell, & al, 2001). Par exemple, si une campagne de sensibilisation sur les troubles du spectre de l'autisme recrute des bénévoles pour faire des présentations dans des écoles primaires, il y a peu de chance qu'un individu ne connaissant pas ce sujet soit interpellé par la demande de recrutement. Deuxièmement, la personnalité d'un individu influencera son désir de vouloir participer ou non. Par exemple, si un individu possède peu ou pas de leadership, il pourrait avoir moins tendance à participer à un projet (Howat et al., 2001). C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est souvent recommandé de faire des formations en leadership aux citoyens engagés dans les initiatives d'intervention collective (Minkler, 2012).

Ensuite, le contexte peut influencer la participation d'une communauté. Par exemple, l'arrivée d'un événement marquant peut amener une grande mobilisation d'une population (Leavy, 2015; Minkler, 2012). La fusillade de Parkland aux États-Unis en février 2018 en est un exemple. Cet événement a entraîné une grande mobilisation des adolescents aux États-Unis pour lutter pour une plus grande réglementation du port d'armes (AFP, 2018). Au Québec, l'événement ayant amené la plus grande mobilisation dans les récentes années est la grève étudiante de 2012. Cet événement avait d'ailleurs été déclenché par une décision du gouvernement de faire une hausse des frais de scolarité universitaires (Lambert, 2014). Ainsi, la présence d'un contexte peut favoriser la participation citoyenne vers un but commun en lien avec ce contexte. Il est aussi à noter que la médiatisation de l'événement a un impact sur la mobilisation des citoyens (Robitaille & Chaire Raoul-Dandurand en études stratégiques et diplomatiques, 2010).

Puis, les facteurs organisationnels peuvent également aider ou nuire à la participation citoyenne. Ainsi, si les valeurs et les objectifs de l'organisation entrent en conflit avec les valeurs et la vision du problème de la population cible, cela peut avoir un impact sur la participation citoyenne (Minkler, 2012). Par exemple, si une fondation aidant les individus dans la pauvreté sollicite les citoyens pour la création d'un projet de levée de fonds, mais que cette fondation a un historique de pots-de-vin, il est probable que la mobilisation citoyenne soit plus difficile à faire. De plus, les enjeux de pouvoir entre les organisations et les citoyens peuvent influencer la participation de ces derniers à des projets (Minkler, 2012). En effet, malgré l'intérêt d'une organisation à mobiliser des citoyens en leur offrant une grande partie des rôles et tenter d'augmenter le pouvoir d'agir, il reste tout de même des inégalités entre leur rôle et celui des citoyens ce qui amène des citoyens à ne pas vouloir se mobiliser. Ces derniers peuvent avoir l'impression d'être utilisés et contrôlés par les organisations ce qui peut leur enlever l'envie de participer aux projets proposés (Minkler, 2012).

De plus, le niveau de participation qui est exigé par une organisation peut avoir une influence sur la motivation de la population à participer. En se rapportant aux trois types de participation illustrés à la figure 2, il peut être dit que d'exiger une participation passive amènera une moins grande motivation des citoyens à participer que si une participation

active est exigée. Par exemple, si l'État désire avoir l'avis des citoyens sur une nouvelle mesure en santé, mais qu'il ne prendra pas réellement compte de leur avis, les citoyens ne participeront pas à cette consultation. C'est pourquoi cette intention de l'État est souvent cachée à la population ce qui donne l'illusion aux citoyens d'avoir du pouvoir (Arnstein, 1969; Minkler, 2012). Toutefois, il importe de rappeler qu'il arrive que la participation active ne soit pas le type de participation approprié dans une situation. En effet, dans certains cas, le type actif de participation pourrait ne pas amener de mobilisation si les citoyens ne sont pas capables d'exécuter la tâche demandée. Dans un autre ordre d'idée, l'intensité de la sollicitation peut également influencer sur la motivation de la population à participer. D'une part, une faible sollicitation de la population entraînera une perte d'intérêt et, du même coup, une démobilisation. D'autre part, une sursollicitation pourrait entraîner une pression sur les participants qui se désengageront (Lavallée et al., 2017).

Enfin, les modalités qui entourent la participation citoyenne peuvent également la moduler. De prime abord, les individus se mobilisent quand ils ont quelque chose à retirer de cette participation (Minkler, 2012). Que ça soit tangible ou symbolique, ce facteur peut influencer sur la mobilisation. Au niveau tangible, un individu qui se fait offrir une compensation financière pour participer à un projet sera plus enclin à participer. Au niveau symbolique, le fait de participer à un projet d'envergure et augmenter sa confiance en ses capacités sont deux éléments qui peuvent amener un individu à se mobiliser. Par ailleurs, les individus vont se mobiliser s'ils croient que l'objectif est réalisable. Pour cela l'objectif doit être simple et spécifique (Minkler, 2012). Par exemple, si un organisme communautaire débute une campagne pour enrayer la pauvreté au Québec, il est probable qu'ils aient de la difficulté à mobiliser la population. Dans ce cas-ci, le sujet de la campagne est trop général et trop complexe. Finalement, les exigences de la participation à un projet peuvent influencer la volonté des individus à s'engager. Ainsi, si l'implication engage à des coûts monétaires, des longs déplacements ou exige beaucoup de temps, les individus ont peu de chance de s'impliquer (Winterton, 2016).

En bref, mobiliser les citoyens peut être une tâche ardue compte tenu de ces différents facteurs. Toutefois, comme indiqué précédemment, l'apport de la participation citoyenne peut être très grand et est donc non négligeable en particulier dans le domaine de la santé

et des services sociaux. Il est donc important de mettre en place les conditions favorables à cette participation.

Le potentiel de participation sociale des aînés

Malgré la difficulté que peut présenter la mobilisation des citoyens, il est pertinent de considérer l'apport possible des aînés pour les approches qui seront abordées dans la prochaine partie. Cette section traitera d'abord de la participation sociale propre aux aînés, puis abordera les expériences de collaboration de l'auteur avec des personnes âgées dans un contexte de développement social. Enfin, cette section se conclura par une réflexion de l'auteur sur le potentiel possible des aînés pour le développement social dans le contexte du vieillissement de la population.

Participation sociale des aînés

La hausse de l'espérance de vie causée par l'amélioration des soins de santé permet aux personnes âgées de vivre plus longtemps en santé (Levy, 2017). Ce facteur a entraîné la segmentation de la vieillesse en deux parties : le troisième âge et le quatrième âge. Le troisième âge correspond à la période de la vie entre 65 et 74 ans où les personnes âgées tombent à la retraite et ont encore de l'énergie et une bonne santé pour rester actives et participer socialement (Charpentier et al., 2010). C'est cette période qui sera étudiée, car c'est dans celle-ci où les aînés sont le plus actifs (Levy, 2017).

À ce sujet, les aînés du troisième âge sont un groupe assez actif au niveau du bénévolat de toute sorte, incluant celui auprès de projets d'intervention collective. En effet, différentes études démontrent que la participation civique a augmenté dans les dernières décennies (Charpentier et al., 2010). En outre, comme indiqué précédemment, les aînés sont le groupe d'âge offrant le plus grand nombre d'heures de bénévolat au Canada (Grenier, 2012). Ainsi, les 65 ans et plus offriraient en moyenne 245 heures de bénévolat par année (Charpentier et al., 2010). Dans ce bénévolat organisé, les aînés vont être engagés dans des instances politiques, dans des conseils d'administration, des associations et dans des assemblées publiques (Charpentier et al., 2010). De cette implication ressortiraient de multiples bienfaits pour l'aîné, pour les personnes qui profitent du service offert par l'aîné et l'économie (Zedlewski & Butrica, 2007).

Les aînés bénévoles ont tendance à être davantage scolarisés, avoir une meilleure santé, avoir été engagés socialement par le passé et avoir de meilleurs revenus (Charpentier et al., 2010; Zedlewski & Butrica, 2007). Les aînés disent être motivés à faire du bénévolat entre autres parce qu'ils sentent qu'ils sont utiles et qu'ils aident les autres (Charpentier et al., 2010). Les aînés sont également motivés par le fait de pouvoir rencontrer de nouvelles personnes pour élargir leur réseau social, mais aussi pour lutter contre l'exclusion sociale (Charpentier et al., 2010). De plus, ils ont de l'intérêt à faire du bénévolat pour mettre leur expérience et compétences à profit et pour agir sur une cause particulière (Charpentier et al., 2010). Enfin, les aînés bénévoles ont un grand désir d'avoir de la liberté quand ils s'engagent. En effet, ils veulent pouvoir agir à leur rythme et avoir des conditions flexibles. La liberté d'agir est souvent un incitatif pour mobiliser les aînés à s'impliquer dans leur communauté (Charpentier et al., 2010).

Dans le même ordre d'idée, le livre de Charpentier et al. (2010) expose une étude faite auprès de femmes aînées engagées et permet de relever d'autres éléments qui caractérisent les bénévoles aînés. D'une part, les femmes dans l'étude ont une « multi-appartenance associative » ce qui veut dire qu'elles sont actives dans plusieurs groupes à la fois. Cette pratique est d'ailleurs commune chez les aînés qui ne vont pas seulement être actifs dans les domaines touchant les aînés. D'autre part, les femmes dans l'étude nomment que leur motivation principale pour s'impliquer est de pouvoir changer des choses.

Ainsi, les aînés sont très enclins à la participation sociale selon certaines conditions. La prochaine section présentera deux exemples concrets de projets où des aînés se sont impliqués dans lequel l'auteur de cet essai a participé. D'ailleurs, le premier projet présenté était cadré par l'approche en développement des communautés, soit l'une des approches présentées dans la prochaine partie.

Expériences de collaboration avec des aînés

Durant la dernière année, l'auteur a participé à deux groupes de travail intergénérationnels où il a pu observer la participation sociale d'aînés sur des projets d'intervention collective. Le premier groupe a été créé dans le cadre du stage de maîtrise de service social. Le but de ce groupe était de créer un projet selon l'approche en développement des communautés. Le groupe était constitué de deux citoyennes aînées, une

agente de développement et l'étudiant auteur de cet essai. Malgré le nombre limité de citoyens aînés, le projet a permis d'apprécier un grand engouement des deux citoyennes qui se sont présentées à toutes les rencontres et ont participé activement à la création et à la réalisation du projet. Ces deux citoyennes ont pris part à ce projet bénévolement et avaient à cœur de réaliser l'événement qu'est devenu le projet initial. De plus, elles ont pu mettre à profit certains éléments liés à leur carrière passée. Par exemple, l'une d'entre elles était enseignante et faisait partie de l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ) à Sherbrooke. Cela lui a permis d'avoir un large réseau auprès de retraités, ce qui a favorisé la promotion de l'événement. Toutefois, des obstacles ont compliqué l'atteinte complète des objectifs et la pérennité du projet. Ces obstacles reflètent d'ailleurs certains freins à la participation sociale que peuvent vivre les personnes âgées. D'une part, l'une des citoyennes ne s'est pas beaucoup impliquée parce qu'elle nommait être très occupée. Cette phrase a été entendue par l'auteur à plusieurs reprises durant les rencontres qu'il a fait avec des aînés durant son stage. En effet, les aînés nomment souvent être plus occupés depuis qu'ils sont à la retraite que lorsqu'ils étaient travailleurs. D'autre part, les deux citoyennes aînées trouvaient que le nombre de participants au projet était trop faible, ce qui les surchargeait. Le manque de temps de l'auteur pour faire le recrutement explique ce nombre faible de participants. Cet élément a d'ailleurs fait en sorte que le projet s'est terminé à la fin du stage, malgré le désir initial de faire poursuivre le projet. Cela pourrait d'ailleurs être causé par le manque de liberté que ce faible nombre de participants amenait. En effet, si les participantes n'avaient pas été présentes, le projet aurait pris fin. Elle manquait donc de liberté dans la démarche.

Le second groupe a été créé dans le cadre d'un projet de recherche sur les relations intergénérationnelles par le Groupe de Recherche Intergénérationnelle sur le Vieillessement de l'Estrie (GRIVE). Le projet a débuté en novembre 2019 et est encore en cours à l'heure actuelle ce qui limite l'information disponible au sujet de la participation des aînés. Le groupe est constitué de cinq aînés à la retraite et cinq étudiants de l'Université de Sherbrooke incluant l'auteur de cet essai. Le but du groupe est de collaborer et créer un événement intergénérationnel. Encore une fois, il y a un grand engouement des aînés envers le projet. L'un des participants aînés va même jusqu'à dire qu'il ne veut pas participer au projet si l'événement n'amène pas un réel changement social. Les aînés sont très actifs et

engagés dans la création du projet. Encore une fois, ils utilisent des connaissances acquises lors de leur carrière pour faire avancer le projet. Par exemple, l'une des participantes a partagé un schéma en étapes pour démarrer un projet qu'elle utilisait lorsqu'elle était en emploi ce qui a permis d'entreprendre le projet de façon structurée ce qui était rassurant pour plusieurs participants du groupe qui n'avaient pas d'expérience en création de projets. Or, dans le groupe, il est parfois difficile d'avoir la présence de tous les participants aînés en même temps. Que ce soit parce qu'ils sont très occupés comme indiqué précédemment ou parce que les moyens pour les contacter sont inadéquats, il n'y a qu'une rencontre où tous les participants aînés étaient présents sur près de dix rencontres. Toutefois, les absents sont presque toujours les mêmes ce qui peut démontrer une certaine assiduité de la part de ceux qui sont présents à chaque rencontre. Cette observation concorde avec la recherche de mémoire de Grenier (2012) qui relevait que les personnes âgées étaient le groupe d'âge offrant le plus d'heures de bénévolat, même s'ils ne sont pas les plus nombreux à être bénévoles. Ainsi, les aînés, quand ils sont impliqués, mettent beaucoup de leur temps dans leur implication.

Les deux expériences précédentes représentent un échantillon faible pour qualifier et quantifier la participation sociale des aînés et le potentiel qu'il peut représenter. Toutefois, ils permettent de relever quelques pistes sur l'apport que peut représenter ce groupe d'âge. Ces pistes seront explorées dans la section suivante.

Réflexion sur le potentiel de participation sociale des aînés

Suite aux deux sections précédentes, il est approprié de dire que les aînés participent socialement, car quand ils sont impliqués, ils mettent beaucoup d'heures dans leur engagement et ont plusieurs bienfaits qui sont associés à cette participation comme une meilleure santé et une réduction de l'exclusion sociale. Ils ont également plusieurs motivations qui peuvent les amener à être actifs dans la société. Ils ont également plusieurs compétences qui leur viennent de leur carrière de travailleur qui peuvent être mises à profit lors de leur implication sociale. Par contre, il importe que le projet ou l'organisation pour laquelle ils s'engagent soit bien organisé et qu'il leur offre de la liberté ainsi que des conditions flexibles. Les aînés représentent donc une large portion de la population avec un profil approprié en plus de plusieurs motifs pour s'impliquer socialement.

Ainsi, il est pertinent pour les instances gouvernementales à la fois municipales et provinciales de considérer les personnes âgées comme une force de travail bénévole inestimable. Ces gouvernements gagneraient à solliciter et mobiliser les aînés pour offrir du temps de bénévolat et faire la promotion des bienfaits que ce temps peut apporter à la société, mais aussi à eux-mêmes. Par le fait même, les instances de pouvoir peuvent solliciter les aînés pour des projets de grande envergure qui vont les toucher directement et où la connaissance de leurs besoins pourrait grandement apporter à ces projets. Il importe toutefois de prêter attention à éviter d'instrumentaliser les citoyens aînés. En effet, les gouvernements ne doivent pas seulement encourager les personnes âgées à s'impliquer sur des projets et se désengager. Ils doivent également offrir des ressources pour supporter ces projets. De plus, pour éviter cette instrumentalisation, la participation des aînés devrait être quasi ou active et inspirée de l'approche ascendante. Sinon, les aînés ne sentiront pas qu'ils ont du pouvoir et se désengageront. Également, il est à supposer que le choix de projets pourrait influencer la mobilisation des aînés. Les aînés risquent de se mobiliser sur des projets qui les touchent. Il est donc nécessaire de garder en tête que les possibilités de projet ne sont pas illimités. Toutefois, des projets sur la santé publique, l'environnement, les installations physiques, les liens intergénérationnels, la criminalité ne sont que quelques exemples de champs qui pourraient intéresser les aînés, car ils les touchent de près ou de loin. La variété de ces champs est grande et peut être appréciable par les instances gouvernementales.

Les projets d'intervention collective que pourraient proposer les gouvernements vont être encadrés par un bagage théorique qui guide le travail sur le terrain. La prochaine section présentera trois approches qui incluent la participation citoyenne comme partie essentielle et qui pourraient guider la création de projets où pourrait cadrer la large population des 65 ans et plus.

PARTIE 2 : LES APPROCHES PRÉVENTIVES FAVORISANT LA PARTICIPATION CITOYENNE

Cette partie exposera trois approches qui favorisent la participation citoyenne et souvent dépendent de celle-ci. En ordre, l'approche populationnelle, l'approche en développement des communautés et l'approche basée sur le milieu seront présentées. L'accent sera mis sur l'origine des approches, leurs caractéristiques ainsi que leurs forces et faiblesses.

Approche populationnelle

Comme indiqué précédemment, l'approche populationnelle a émergé de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2003. L'évolution historique de l'approche ne sera pas expliquée davantage étant donné qu'elle a été explicitée dans la mise en contexte de l'essai. Cette approche prévoit que les centres de santé et de services sociaux ne fassent pas que répondre aux demandes de soins des individus qui se présentent à l'institution, mais agissent sur l'ensemble des besoins de la population de leur territoire (Bisaillon et al., 2010). L'approche ne vise donc plus seulement une optique curative, centrée sur les besoins des clients, mais aussi une optique de prévention, plus active, qui vise une « production de santé et de bien-être, centrée sur les besoins de la population de son territoire » (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Laplante, Arsenault, & Bonnier-Viger, 2014, p. 5). Il y a donc un passage d'une centration individuelle au compte-gouttes des services vers une centration collective davantage axée sur une population précise sur un territoire (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et al., 2014). La production de santé et de bien-être dans une logique préventive passe inévitablement par les déterminants sociaux de la santé (Organisation mondiale de la Santé, s. d.). Ces derniers vont avoir un impact majeur sur la santé d'un individu comme vu précédemment dans la figure 1 à la page 9. C'est sur ces éléments que l'approche populationnelle voudra faire de la prévention pour améliorer la santé publique et le bien-être général de la population. Plus concrètement, l'approche populationnelle fait un portrait de l'état de santé et de bien-être ainsi que des besoins exprimés ou non par la population d'un territoire donné. Cette étude ainsi que la mise en œuvre d'une offre de services intégrés et une action sur les déterminants sociaux de la santé se font via des démarches

participatives avec la population et les différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (Institut national de santé publique du Québec, 2016).

À l'approche populationnelle s'ajoute le concept de responsabilité populationnelle qui mise sur la responsabilité de tous dans le développement et le maintien de la santé (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2016; Gouvernement du Québec, 2004). Cela implique la collaboration des organisations publiques, privées, communautaires et la consultation de la population sur ses besoins (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et al., 2014; Institut national de santé publique du Québec, 2016).

Forces de l'approche populationnelle

L'utilisation de ces deux concepts comporte plusieurs avantages. En effet, ils permettent d'agir sur l'ensemble de la population d'un territoire local précis, d'impliquer le travail intersectoriel entre plusieurs acteurs, dont des citoyens, en plus d'amener une meilleure santé publique à moyen et long terme (Gouvernement du Québec, 2004). Ce travail intersectoriel peut briser le travail en silo qui peut régner dans l'approche clientèle et plutôt obtenir un portrait global de la santé de la population sur un territoire (Bisaillon et al., 2010). Cette approche inclut donc les sujets d'intérêt pour cet essai en favorisant la participation sociale des citoyens et en ouvrant la porte aux approches la favorisant.

L'approche populationnelle n'agit donc pas seulement sur les utilisateurs de services dans un établissement de santé d'un territoire comme dans l'approche clientèle, mais sur l'ensemble de la population vivant sur le territoire desservi par cet établissement de santé. De cette façon, cette approche permet d'agir sur la santé de l'ensemble des individus via les déterminants sociaux de la santé, et ce, peu importe leur état. Cet aspect est d'autant plus pertinent dans la réalité actuelle où il règne des inégalités sociales en santé et où la population vieillit (Gouvernement du Québec, 2004). Ces deux facteurs sont liés à un état de santé plus fragile, mais sans impliquer nécessairement une utilisation de service (Organisation mondiale de la Santé, 2017; Pascal, Abbey-Huguenin, & Lombrail, 2006). Les services curatifs de l'approche clientèle ne peuvent donc pas aider ces populations à l'heure actuelle. En agissant sur les déterminants sociaux de la santé et en touchant

l'ensemble d'un territoire, l'approche populationnelle permet de réduire les chances d'avoir recours aux services curatifs, ce qui entraînera une réduction des coûts dans ces services (Gouvernement du Québec, 2004). Comme indiqué précédemment, cet aspect peut avoir un impact majeur, considérant le vieillissement de la population qui pourrait engendrer une forte hausse dans les besoins en services curatifs (Gouvernement du Québec, 2004). Dans un autre ordre d'idée, en agissant sur un territoire local précis, l'approche populationnelle permet de cibler des problématiques plus précises et davantage collées à la réalité de ce territoire. Ainsi, l'action de l'approche populationnelle est adéquatement répandue où elle est assez grande pour couvrir un grand territoire, peu importe les caractéristiques sociodémographiques de ceux qui y vivent, mais assez petite pour pouvoir cibler des besoins précis et représentatifs de cette population (Gouvernement du Québec, 2004).

Défis liés à l'approche populationnelle

L'approche populationnelle comporte certains défis. La littérature n'expose pas de défis à proprement parler, mais il est possible de faire des assomptions. Premièrement, comme indiqué précédemment, l'approche populationnelle implique la participation citoyenne pour déterminer les besoins et organiser les services. Toutefois, il est difficile à déterminer à quel niveau de participation exposé à la figure 2 se retrouve la participation des citoyens dans l'approche populationnelle. Si la participation citoyenne reste passive, elle peut perdre sa plus-value pour favoriser l'approche populationnelle. Ainsi, les services pourraient devenir moins représentatifs des besoins de la population. La responsabilité populationnelle perd également sa nature, car il est difficile de justifier une responsabilité individuelle des citoyens dans la santé de la communauté, s'ils n'ont pas un impact réel sur les décisions prises. Deuxièmement, le concept de responsabilité populationnelle peut comporter un danger. En effet, de responsabiliser la population pour leur santé peut amener leur instrumentalisation et un manque de sensibilité face aux inégalités sociales en santé. D'autant plus que l'approche populationnelle agit en fonction « des ressources disponibles » (Gouvernement du Québec, 2004, p. 4), ce qui fait que si les ressources sont insuffisantes, les réseaux locaux de service (RLS) pourraient avoir tendance à mettre la responsabilité de la santé entre les mains des citoyens. Troisièmement, comme indiqué précédemment, la fusion des CSSS en CIUSSS et CISSS a eu un fort impact sur l'approche populationnelle.

Ainsi, le manque de proximité et l'abolition des agences de santé et de services sociaux, jumelés à la NGP compliquent la participation citoyenne et la gestion de l'approche populationnelle (Lachapelle, 2016). L'approche populationnelle n'est donc pas optimale dans le réseau de la santé et des services sociaux actuel.

Développement des communautés

La participation citoyenne dans toutes les sphères de la société est un atout qui peut s'avérer déterminant dans l'amélioration du système de la santé et des services sociaux québécois. Cet élément se veut un rouage essentiel dans l'approche de développement des communautés qui est le sujet de cette section (Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie, 2017). Il sera d'abord question de deux modèles ayant mis les bases de cette approche. Ensuite, l'approche sera définie dans le contexte québécois actuel. Enfin, il sera question des défis et des forces qui sont liés à cette approche.

Modèle Alinsky vs Freire

L'approche en développement des communautés s'est d'abord développée aux États-Unis avec le « Community Development » (D. Bourque & Favreau, 2003). Cette approche est inspirée des modèles de Saul Alinsky, un organisateur communautaire de Chicago en 1930 et de Paulo Freire, un avocat et pédagogue qui a amené un nouveau style d'éducation en 1960. Ces deux modèles sont différents, mais, en quelque sorte, complémentaires. C'est cette complémentarité qui a permis de développer les fondements initiaux de l'approche en développement des communautés (Minkler, 2012).

D'abord, le modèle de Saul Alinsky misait davantage sur l'agitation publique comme moyen de faire du développement des communautés. En effet, le modèle veut que l'organisateur communautaire intègre un milieu en mobilisant la population pour qu'ils agissent sur les sujets qui leur tenaient à cœur. Il sollicitait ensuite un grand nombre de citoyens pour qu'ils ressortent des enjeux spécifiques et les amenait à créer des projets pour apporter un changement. Ces enjeux devaient être simples, spécifiques et faciles à changer pour donner confiance à la communauté (Minkler, 2012). Aujourd'hui, le modèle est encore utilisé dans certains organismes communautaires des États-Unis. De plus, il a aussi été adapté pour pouvoir traiter certaines réalités nouvelles (Minkler, 2012).

Ensuite, le modèle de Paulo Freire était basé sur le modèle éducatif « Liberation education » qu'il a créé. Ce modèle vise la conscientisation et le développement de la conscience critique. Concrètement, il implique de réunir des groupes pour qu'ils dialoguent sur les enjeux de leur vie et les racines historiques de ces enjeux. Avec le résultat de ces dialogues, les groupes envisagent des actions collectives qu'ils exécuteront en gardant une conscience critique pour permettre la création d'autres actions collectives subséquentes (Minkler, 2012). Il est possible d'appliquer ce modèle à l'approche en développement des communautés. En effet, la « Liberation education » peut être utilisée dans la mobilisation et la formation des citoyens. Ainsi, lors de la mobilisation des membres de la communauté, c'est une approche qui permet de ressortir avec eux les besoins et les attentes pour leur vie. Elle permet également de former les citoyens dans le développement de leur leadership en prévision de bâtir une initiative (Minkler, 2012).

Enfin, Minkler (2012) fait ressortir les apprentissages que ces deux modèles peuvent apporter à l'approche en développement des communautés. D'une part, le modèle d'Alinsky permet de mobiliser un grand nombre de personnes sur des politiques publiques précises. De plus, ce modèle permet de toucher un plus grand nombre de personnes et donc d'avoir une forte influence sur l'action entreprise (Minkler, 2012). Cependant, le groupe peut devenir très hétérogène et les idéologies peuvent varier grandement ce qui peut entraîner des conflits (Minkler, 2012). D'autre part, le modèle de Freire vise des actions sur des problématiques complexes dans des communautés urbaines précises. Ces actions passent par une bonne formation des citoyens impliqués (Minkler, 2012). Toutefois, l'accent mis sur les formations diminue l'emphase sur la mise en action du projet (Minkler, 2012). Il est donc préférable de viser un équilibre entre l'utilisation des deux modèles. Cette hybridation amènerait à bâtir un projet en misant sur un recrutement raisonnable et de garder l'emphase sur l'action tout en mettant beaucoup de temps sur la conscience réflexive et la formation des participants.

En bref, les deux modèles présentés mettent les bases de l'approche en développement des communautés. C'est à travers les critiques de ces deux modèles et en unifiant leurs forces que les organisateurs communautaires ont pu poser les premiers jalons de cette approche au Québec. C'est en 2003 que le développement des communautés sera mis de

l'avant au Québec (D. Bourque & Favreau, 2003). La prochaine section présentera la définition et les principes de l'approche en développement des communautés.

Définition

Dans son Programme National de Santé Publique de 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux a intégré l'approche en développement des communautés qui existait déjà depuis déjà quelques années au Québec (Mercier & Bourque, 2012). Le MSSS définit le développement des communautés comme étant « un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local (...) [qui] vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental » (Leroux et al., 2002, p. 16). De plus, Mercier et Bourque (2012) nomment que les initiatives en développement des communautés comprennent, de manière générale, certaines caractéristiques qui évoluent tout au long du processus. Ainsi, le développement des communautés vise un territoire local comme objet ainsi que comme cadre d'intervention, utilise une approche globale et intégrée de développement, vise la participation citoyenne et le renforcement de leur pouvoir d'agir et se réalise en concertation avec les acteurs locaux. À ces caractéristiques peuvent être ajoutés la création d'un climat propice à l'action à l'aide d'un leadership partagé, l'harmonisation des politiques publiques et l'objectif de réduire les inégalités sociales, économiques, culturelles, politiques de l'accès à la santé (Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie, 2017).

Mercier et Bourque (2012) ajoutent certains facteurs qui alimentent les initiatives développées dans le processus. En premier lieu, à travers une hausse du pouvoir d'agir et des apprentissages, le processus amène un climat d'action chez les partenaires qui mène à l'atteinte de résultats. En second lieu, malgré un processus à long terme et évolutif, il est préférable d'obtenir également des résultats concrets et à court terme pour augmenter la motivation des différents partenaires (Mercier & Bourque, 2012; Minkler, 2012). En dernier lieu, les initiatives doivent être appuyées par une stratégie qui impliquera différentes tâches pour l'intervenant. Ces tâches touchent le support, l'animation, la formation et la recherche de financement. À travers ces tâches, le professionnel devra assurer des ressources d'accompagnement adaptées au milieu et développer des systèmes

locaux d'action collective en plus de concertations qui viendront en appui à ces systèmes (Mercier & Bourque, 2012).

Il importe de dire que deux motifs différents peuvent amener l'utilisation de pratiques de développement des communautés. D'une part, les pratiques peuvent être mises en place en réaction à une problématique que vit une communauté. Ainsi, le but de ses pratiques serait plutôt d'agir spécifiquement sur cette problématique dans le but de la solutionner (Mercier & Bourque, 2012). Par exemple, devant une hausse de la criminalité dans un quartier, des démarches de développement des communautés pourraient être faites pour tenter de contrer cette hausse. D'autre part, les pratiques en développement des communautés peuvent être proactives dans le but d'améliorer la qualité de vie dans une communauté, mais sans viser une problématique en particulier (Mercier & Bourque, 2012; Minkler, 2012). Par exemple, suite à des démarches de développement des communautés, un projet de jardin collectif pourrait être fait pour créer des liens intergénérationnels entre les jeunes et les aînés.

Toutefois, il existe un danger quant au motif des pratiques en développement des communautés. En effet, il est possible que la problématique visée ne soit pas un sujet prioritaire pour la communauté en comparaison à d'autres enjeux et qu'il soit difficile de mobiliser cette dernière. Les membres de la communauté pourraient également voir d'un mauvais œil que des professionnels décident de ce qui est problématique pour eux, ce qui peut nuire à l'intégration dans la communauté. Cette réalité est d'autant plus vraie en contexte interculturel comme il sera traité dans la section suivante (Minkler, 2012). Selon Dorothy Nyswander, considérée comme la mère de l'éducation en santé, il importe parfois de commencer où la communauté est rendue pour s'assurer que ses membres se mobilisent (Minkler, 2012). Cela implique d'être davantage proactifs pour réellement cerner ce qui est prioritaire pour la communauté et agir sur plusieurs fronts pour améliorer la vie dans la communauté. Il reste possible d'être réactif à des problématiques, mais seulement si cette problématique vient des membres de la communauté (Minkler, 2012).

Les défis et les forces liés à l'approche de développement des communautés

Quoique l'approche en développement des communautés ait plusieurs bienfaits, il est nécessaire de traiter de certains défis qui doivent être pris en compte par la société, mais

aussi par un professionnel qui intervient en développement des communautés. Le danger est d'autant plus présent depuis l'adoption du projet de loi 122 sur la gouvernance de proximité, qui fait référence aux municipalités du Québec. Au niveau professionnel, il est prioritaire de tenir compte des différences interculturelles et des différentes formes de discrimination en contexte de développement des communautés. Enfin, l'approche en développement des communautés engrange plusieurs questionnements au niveau éthique ce qui exige une constante réflexivité éthique de la part des professionnels utilisant cette approche.

Instrumentalisation des citoyens

D'abord, avec le développement des communautés vient le danger de l'instrumentalisation par l'État des acteurs concernés. En effet, par les actions mises en place par les agents de développement, les tables de concertation et les citoyens à travers diverses sources de financement, il existe un risque que l'État se désengage à traiter certaines problématiques que peuvent vivre les communautés (D. Bourque, 2008). Autrement dit, l'État reste dans l'ombre alors que les institutions locales trouvent des solutions à ses problèmes ce qui laisse croire à une instrumentalisation de ces acteurs. C'est d'autant plus vrai avec la venue du projet de loi 122 qui augmente le pouvoir et l'autonomie des municipalités qui est appelée gouvernance de proximité (Assemblée nationale du Québec, 2017). Ce projet de loi va dans le sens de l'instrumentalisation où l'État délègue les pouvoirs et les responsabilités au local, mais sans apporter les ressources nécessaires pour bien accomplir ces responsabilités (Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie, 2017). Ainsi, le gouvernement québécois se désengage de certaines responsabilités et utilise les municipalités pour prendre en charge ces tâches, mais sans les aider à les accomplir. Considérant les coupures budgétaires suite aux mesures d'austérité et les différences qui peuvent régner au niveau des problématiques et de besoins que peuvent avoir les municipalités, ces mesures pourraient compliquer la tâche de ces dernières (Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie, 2017). Il est à supposer que cela pourrait avoir un impact sur les pratiques de développements des communautés. Ainsi, il est probable que les municipalités exigent davantage des différents acteurs qui devront faire plus de projets, plus rapidement. Cependant, ces derniers ne bénéficieront pas de plus de fonds ce qui pourrait complexifier l'implantation de projets.

Ultimement, il est possible que le développement des communautés se fasse en misant moins sur la participation citoyenne, ce qui dénaturerait l'approche. Ainsi, il y a un danger à l'instrumentalisation des municipalités et des acteurs locaux par l'État qui pourrait aller jusqu'à la dénaturation des pratiques en développement des communautés. Il importe que si l'État délègue des responsabilités, qu'il offre les ressources nécessaires pour bien les mener à terme.

En considérant que l'État offrirait ces ressources aux municipalités, ces dernières, en accueillant plus de pouvoirs et d'autonomie, pourraient faire appel au développement des communautés pour mener à bien leurs nouvelles responsabilités. C'est le cas du projet Municipalités amies des aînés (MADA) présenté dans la prochaine partie. Les désavantages du projet de loi 122 pourraient devenir des avantages où la municipalité peut davantage gérer ce qui se passe sur son territoire et apporter des solutions qui sont adaptées à leur réalité. En se basant sur l'approche en développement des communautés, la municipalité peut ressortir les besoins réels et les attentes de la population et encourager leur participation dans la réalisation de projets pour combler ces besoins et répondre à leurs attentes. Avec l'aide de l'État, les municipalités détiennent un certain pouvoir de changement sur leur territoire pour améliorer les conditions de vie des citoyens.

Les périls des conflits culturels et les formes de discrimination

Ensuite, les pratiques en développement des communautés doivent impérativement prendre en compte la réalité de la diversité au Québec. Il existe une grande hétérogénéité dans la population québécoise tant au niveau du genre et de l'âge, qu'au niveau de la culture et de l'orientation sexuelle. Face à cette diversité, les chances augmentent considérablement qu'un professionnel en développement des communautés soit en contact avec des réalités différentes aux siennes. Il doit donc être outillé à agir de façon adéquate et consciencieuse pour éviter des malentendus entre la communauté et lui, mais aussi entre les membres de la communauté. Il doit aussi pouvoir défendre les intérêts des membres contre l'oppression et les différentes formes de discrimination (Minkler, 2012). La discrimination fait référence au fait de traiter une personne de manière différente par distinction, exclusion ou par préférence en raison de ses caractéristiques personnelles. Les différentes formes sont par exemple le racisme, le sexisme, l'âgisme, etc. (Commission

canadienne des droits de la personne, 2018). Les professionnels veulent aider et ont donc de bonnes intentions au départ, mais il se peut que leur manque de connaissance sur l'autre entraîne des situations gênantes comme celle répertoriée dans Minkler (2012). Dans cette situation, une organisatrice communautaire, lors d'une rencontre de communauté avec des Asiatiques de différents pays, amène de la nourriture asiatique pour montrer une sensibilité culturelle. Toutefois, la nourriture qu'elle amène est simplement chinoise, ce qui entraîne l'ire de certains participants, à cause de la tendance populaire à voir tous les Asiatiques comme identiques. L'organisatrice a fait preuve d'humilité en admettant son erreur et en proposant aux membres d'amener des repas de leur culture à la rencontre suivante.

Minkler (2012) ajoute qu'il n'importe pas que d'avoir des connaissances sur les différentes cultures, mais d'avoir une humilité culturelle. Cette humilité implique pour un professionnel d'être conscient de ses propres préjugés à l'égard de la différence, des formes de discrimination qu'il fait. Cette prise de conscience exige une réflexivité de la part du professionnel. Pour appuyer le professionnel, Minkler (2012) propose quelques outils tels que le « White privilege checklist » de McIntosh et le « Cultural Identity Inventory » de Hyde. Elle ajoute également l'option de participer à des ateliers qui sensibilisent contre les différentes formes de discrimination. Pour conclure, c'est en ayant cette humilité culturelle qu'un professionnel pourra agir et réagir de façon adéquate aux différentes situations avec lesquelles il peut être confronté dans sa pratique en développement des communautés au Québec.

Enjeux éthiques

Puis, comme dans plusieurs sphères du travail social, il existe plusieurs enjeux éthiques liés à la pratique en développement des communautés. Même que, selon Minkler (2012), le développement des communautés est l'un des secteurs ayant le plus d'enjeux éthiques en travail social. Des exemples d'enjeux auquel le professionnel fait face sont d'avoir des conflits de rôles, des dilemmes financiers, d'avoir des conséquences imprévues à son intervention ainsi que le dilemme à savoir ce qu'est le bien-être collectif.

Premièrement, étant donné que les organisateurs communautaires responsables du développement des communautés relèvent généralement d'un organisme ou d'une institution, il est possible que leur rôle auprès des communautés entre en conflit avec leur

rôle auprès de leur institution. Ainsi, un professionnel pourrait vivre un dilemme éthique à savoir où il mettra sa priorité (Minkler, 2012). Par exemple, un organisateur communautaire pourrait recevoir le mandat de la part d'une institution de sensibiliser un territoire sur les méfaits de la drogue à cause d'une hausse de la consommation répertoriée sur ce même territoire. Toutefois, en consultant la population, il découvre que la problématique de violence chez les jeunes est plus importante pour eux que l'enjeu de la drogue. Le professionnel se retrouve donc dans un dilemme à savoir s'il répondra de son mandat ou s'il répondra aux besoins réels de la population. Face à ce genre de dilemme, la réponse de Meredith Minkler (2012) est de privilégier les besoins exprimés par la population. En privilégiant ces besoins, les citoyens deviennent plus ouverts à traiter d'autres problématiques.

Deuxièmement, il peut y avoir des dilemmes financiers en lien avec les parties prenantes qui financent le professionnel en développement des communautés et son intervention. Les parties prenantes ont des attentes envers le professionnel qu'il doit combler ce qui limite ce qu'il peut ou ne peut pas faire. Cette contrainte limite l'innovation et peut parfois empêcher de répondre aux besoins réels de la population (Minkler, 2012). En reprenant l'exemple du paragraphe précédent, si le professionnel est employé et financé par un organisme qui a pour mission de diminuer la consommation de drogues chez les jeunes, un problème surviendrait. En effet, l'organisme pourrait décider d'arrêter de financer le projet si l'objectif venait à prioriser les besoins de la population et ainsi mettre fin au processus. Cette donnée ajouterait au niveau de difficulté du dilemme éthique que vit le professionnel. Dans un autre ordre d'idée, un autre dilemme en lien avec l'aspect financier pourrait être que d'accepter le financement d'une certaine partie prenante entraînerait un conflit d'intérêts. Minkler (2012) donne l'exemple de l'organisme « Mothers Against Drunk Driving » (MADD) qui a pour mission de réduire la conduite en état d'ébriété. La partie prenante qui finançait le plus le projet était le plus grand producteur de bière aux États-Unis. Il y avait donc un conflit d'intérêt, ce qui avait amené la colère de la population américaine. Dans cette situation, il pourrait être simple de refuser la contribution financière de cette partie prenante. Toutefois, dans le contexte québécois où il est difficile d'avoir du financement et que de refuser cette contribution financière amènerait la fin du projet, le dilemme éthique peut s'intensifier.

Troisièmement, l'intervention en développement des communautés peut parfois entraîner des conséquences imprévues. Les initiatives en développement des communautés sont créées avec de bonnes intentions, mais il peut arriver que leur projet amène des effets négatifs sur la population qu'elles tentent d'aider (Minkler, 2012). En reprenant l'exemple de l'intervention pour diminuer la consommation de drogues dans une communauté, il est probable que l'organisateur communautaire invite des jeunes à participer au projet. Comme indiqué plus haut, la participation citoyenne est l'une des caractéristiques principales du développement des communautés. Ainsi, en sollicitant des jeunes pour qu'ils prennent du pouvoir en participant au projet pour enrayer la consommation de drogue dans leur communauté, il pourrait s'ensuivre des conséquences imprévues. Par exemple, les jeunes pourraient faire la diffusion du projet dans leur école. De prendre ce rôle d'expert sur la prévention de la consommation de drogues pourrait les amener à se faire stigmatiser par les autres jeunes de leur école. Ainsi, malgré les bonnes intentions de l'organisateur communautaire d'impliquer des jeunes dans le projet, cette implication pourrait avoir comme conséquence pour eux de se faire stigmatiser par leurs pairs.

Dernièrement, l'un des objectifs de l'approche en développement des communautés est d'atteindre un bien-être collectif (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2016; Mercier & Bourque, 2012; Minkler, 2012). Un enjeu éthique peut se poser face à cet objectif quant à sa définition et son importance réelle pour les membres des communautés. D'abord, le professionnel œuvrant en développement des communautés a une vision du bien-être collectif inscrit dans son identité professionnelle. Cependant, il est possible que cette vision ne concorde pas avec la vision des membres de la communauté. De plus, comme indiqué précédemment, cette vision pourrait mener à des conséquences néfastes pour le projet (Minkler, 2012). Il est donc important que le professionnel reste réflexif face à sa pratique pour ne pas nuire au bien-être collectif dans les communautés dans lesquelles il travaille. Ensuite, dans la société individualiste nord-américaine, il est possible que le bien-être collectif ne soit pas un sujet aussi important pour les citoyens (Minkler, 2012). Il est important que le professionnel garde cette idée en tête et en tenir compte dans sa quête de mobiliser les membres d'une communauté à travailler sur des enjeux collectifs.

Forces de l'approche en développement des communautés

Plusieurs contraintes peuvent émerger de l'utilisation de l'approche en développement des communautés. Que ce soit dans les différents rôles de l'intervenant, dans les partenaires et même dans les fondements même de l'approche en développement des communautés, il peut toujours y avoir un certain risque à utiliser cette approche. Toutefois, malgré ces risques, cette approche a eu son lot de succès par la création de grands projets d'envergure partout à travers le monde (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2016; Mercier & Bourque, 2012; Minkler, 2012). Aujourd'hui, le développement des communautés garde encore une importance dans la santé publique. Comme indiqué précédemment, tous les plans d'action régionaux en santé publique du Québec traitent du développement des communautés (Garon et al., 2019). Toutefois, il y a une grande différence dans l'utilisation de l'approche d'une région à l'autre où certaines régions sont très développées alors que d'autres régions n'abordent le sujet qu'en surface. Pourtant, cette approche serait une « stratégie d'intervention essentielle » pour lutter contre les impacts négatifs causés par les inégalités sociales de santé et agir sur les déterminants de la santé (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2016). Elle permet également de dynamiser le milieu et d'améliorer les conditions de vie dans une communauté selon leurs besoins exprimés étant donné qu'ils sont impliqués dans la démarche (Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie, 2017). Elle permet donc l'augmentation du pouvoir d'agir des communautés en plus d'amener un engouement pour les projets et les initiatives locales. Il est donc fort pertinent de considérer cette approche d'intervention collective.

L'approche basée sur le milieu

L'approche basée sur le milieu (ABM) est un terme traduit par l'auteur de l'anglais « place-based intervention ». Aucun terme en français équivalent n'a été trouvé dans la recension des écrits, ce qui a mené à la traduction du terme utilisé le plus régulièrement dans les documents recensés. Les termes « area-based intervention » et « community change programs » sont deux termes équivalents à « place-based intervention » et sont utilisés de façon interchangeable dans les textes recensés. Le terme « community-level

intervention » est un type d'intervention qui peut être une ABM, mais ne le sera pas toujours. Cette intervention visera à utiliser les ressources locales disponibles pour modifier une communauté (O'Dwyer, Baum, Kavanagh, & Macdougall, 2007). Cependant, elle ne visera pas forcément un milieu. Dans la littérature francophone, les termes « intervention de proximité » ou « intervention de quartier » sont des types d'intervention basée sur le milieu (IBM) qui sont utilisés au Québec (Morin, Allaire, & Bossé, 2015).

Cette section exposera d'abord la conception du milieu pour justifier l'importance d'intervenir sur un territoire précis. Ensuite, une définition de l'ABM sera faite, suivie de son histoire. Enfin, les forces et défis liés à cette approche seront présentés.

Le milieu

Les déterminants sociaux de la santé ont une grande importance sur la santé d'un individu. Parmi ces déterminants, le milieu est un facteur qui peut avoir une énorme influence sur la santé (Diez Roux, 2016). En effet, il déterminerait 60 % de la santé et le bien-être d'un individu selon la figure 1 et est depuis longtemps associé à la santé d'un individu (Duncan & Kawachi, 2018). Les études sur le lien entre le milieu et la santé ont cerné trois grandes catégories de facteurs de l'environnement qui ont un impact sur la santé qui sont illustrés dans la figure 3.

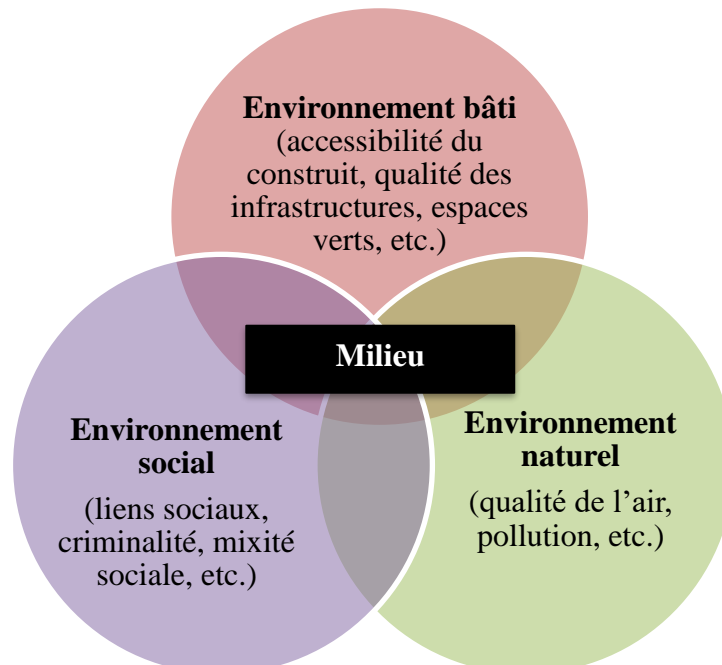


Figure 3 : Facteurs du milieu ayant un impact sur la santé

Le milieu correspond à ce que Caillouette et al. (2007) appellent le territoire vécu et est donc un lieu présentant un attachement identitaire pour ceux et celles qui y résident. C'est un lieu physique ayant pris une signification importante conséquemment à une action et une interaction humaine, et est donc une construction sociale (Cheng & Daniels, 2003). À travers la territorialisation, un milieu est bâti collectivement pour établir son identité (Caillouette, Dallaire, Boyer, & Garon, 2007). Or, la territorialisation peut être inadéquate à cause des inégalités sociales, ce qui peut avoir de graves conséquences sur la santé des résidents du milieu. En effet, il est dit que le code postal d'un individu est plus déterminant que son code génétique pour savoir si une personne vit ou meurt (Squires & Lathrop, 2019). À titre d'exemple, il existe une différence d'espérance de vie de quatorze ans entre le quartier nord de la ville d'Atlanta et le quartier sud-ouest (Squires & Lathrop, 2019). Cet écart peut aller jusqu'à près de trente ans d'écart dans la ville de Baltimore (Smedley & Tegeler, 2016). Ainsi, les facteurs présentés sont donc la conséquence de la construction sociale qu'est le milieu et qui engrange parfois des inégalités sociales de santé. Dans le cas de la ville d'Atlanta, la santé dans le quartier sud-ouest est affectée par l'intersection entre l'environnement social et l'environnement bâti. En effet, le quartier présente un haut taux de criminalité, des infrastructures inappropriées en plus de se retrouver dans un désert alimentaire (Squires & Lathrop, 2019), ce qui peut expliquer l'écart dans l'espérance de vie.

L'impact important du milieu sur la santé explique donc pourquoi il vaut mieux l'utiliser comme unité d'analyse pour intervenir sur des problématiques complexes qui vont toucher des populations. En effet, plusieurs problématiques complexes qui peuvent toucher la santé d'une population sont liées à un ou plusieurs des trois facteurs présentés dans la figure 3 et à des inégalités sociales. C'est pour intervenir sur ce genre de problématique qu'il est pertinent d'utiliser l'ABM.

Définition de l'approche basée sur le milieu

L'approche basée sur le milieu est une approche qui a une localisation géographique comme unité d'analyse en opposition avec les interventions collectives qui vont viser des groupes d'individus précis (Crimeen, Bernstein, Zapart, & Haigh, 2017). De manière générale, le milieu visé par cette intervention hébergera des populations avec de grands

besoins (Cortis, 2008). Elle va souvent cibler des problématiques socioéconomiques complexes et multiples, en particulier la santé et le bien-être, souvent via les déterminants sociaux de la santé (Crimeen et al., 2017; Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016; Theodos & Firschein, 2015; Vogl, 2012). L'objectif de cette approche est d'« amener une revitalisation physique d'un milieu, un développement économique, un développement social et humain ou une combinaison des trois » (Theodos & Firschein, 2015, p. 3) [Traduction libre]. Elle comprend généralement une collaboration entre la communauté, des institutions de santé, des organismes locaux et différentes parties prenantes (Cortis, 2008; Crimeen et al., 2017; Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016; Plochg, Schmidt, Klazinga, & Stronks, 2013; Vogl, 2012). La collaboration impliquera souvent plusieurs bailleurs de fonds pour augmenter les possibilités d'amener un changement (Crimeen et al., 2017) et parce que ces interventions sont souvent dispendieuses (Vogl, 2012).

Ensuite, le milieu visé par l'approche peut varier en termes de nature et de taille. En théorie, l'intervention peut être implantée dans tous les types de milieux. Cependant, elle se fait généralement dans un petit territoire qui peut être par exemple un développement d'habitation, un quartier, une petite ville ou une réserve amérindienne (Theodos & Firschein, 2015). Toutefois, L'IBT peut être faite dans un plus grand territoire comme un pays entier (O'Dwyer et al., 2007) ou un territoire plus petit comme un milieu de travail ou une école (Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016). Les enjeux liés à la taille du territoire seront abordés dans la section sur les défis des ABM.

Puis, une particularité de cette approche est qu'elle se doit d'être flexible pour répondre aux besoins uniques des milieux (Crimeen et al., 2017). Ainsi, une intervention pourrait fonctionner dans un milieu particulier, mais être un grand échec dans un autre milieu. Les interventions sont également évolutives. D'une part, selon les intérêts des bailleurs de fonds, il est possible que l'intervention se modifie (Crimeen et al., 2017; Plochg et al., 2013). D'autre part, un milieu peut changer énormément, ce qui oblige l'intervention à s'adapter aux nouvelles réalités qui émergent (Crimeen et al., 2017). En effet, une intervention basée sur le milieu peut durer une année comme elle peut prendre plus de dix ans, ce qui fait que plusieurs choses peuvent changer durant le temps de l'intervention (Vogl, 2012).

Historique de l'approche basée sur le milieu

L'ABM existe depuis les débuts du travail social. Dès 1886, Stanton Coit crée la première IBM aux États-Unis pour contrer la pauvreté concentrée sur un territoire en s'inspirant d'un prototype similaire créé au Royaume-Uni en 1884 (Ruth & Marshall, 2017). En 1889, Jane Addams créait la « Hull House », une deuxième « settlement house » qui devint célèbre dans l'histoire du travail social. Dans les années 30, plusieurs initiatives fédérales visant les habitations dans des milieux précis ont vu le jour. C'est autour des années 50 où les champs visés par les ABM se sont élargis. À ce moment, des ABM ont été mis en place par des institutions de santé publique pour améliorer la santé et le bien-être des populations des premières nations (Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016). En 1960, une intervention basée sur le milieu pour contrer la tuberculose a été implantée dans une communauté rurale des Appalaches ainsi que dans le quartier New Yorkais de East Harlem (Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016). Jusqu'à tout récemment, les ABM étaient financées et implantées par les gouvernements locaux ou nationaux (Theodos & Firschein, 2015). C'est dans les dernières décennies, avec l'effritement de l'État Providence que les collaborateurs financiers se sont diversifiés. Ainsi, les investisseurs privés et les fondations philanthropiques ont pris un rôle plus important dans les interventions (Theodos & Firschein, 2015). Depuis les années 90, plusieurs interventions basées sur le milieu ont été mises en place, mais ce type d'intervention a été largement critiqué (Theodos & Firschein, 2015). Effectivement, plusieurs défis sont associés à ce type d'intervention. Ils seront présentés dans la section « Défis de l'approche basée sur le milieu ». Heureusement, l'approche basée sur le milieu a su évoluer dans le temps et offre de meilleures interventions et de meilleures évaluations de ces interventions (Vogl, 2012). En bref, l'ABM est une intervention toujours en développement et en perfectionnement, mais qui s'avère un choix pertinent en intervention collective.

Forces de l'approche basée sur le milieu

L'ABM comprend plusieurs forces qui seront présentées dans cette section. La section sera conclue par les facteurs de réussite de cette approche selon Vogl (2012). En premier lieu, certaines caractéristiques présentées précédemment représentent des forces de l'approche. D'une part, le fait que l'approche soit collective et qu'elle adresse des problématiques multiples et complexes est une force, car elle permet d'agir sur une

population entière et sur plusieurs problématiques en même temps, ce qu'une approche collective visant un groupe précis ne pourrait pas faire. D'autre part, le fait que l'ABM doive être ajustée à l'unicité du milieu peut représenter un avantage. En effet, cela évite que l'approche soit standardisée et oblige les instigateurs du projet à étudier les besoins propres au milieu. Cette étude des besoins peut impliquer les habitants de ce milieu, ce qui favorise ainsi la participation sociale des citoyens.

En second lieu, plusieurs auteurs nomment l'importance de l'implication de la communauté dans ce type d'intervention (Crimeen et al., 2017; Parry, Laburn-Peart, Orford, & Dalton, 2004; Theodos & Firschein, 2015; Vogl, 2012). Cela peut représenter un avantage, car, d'un côté, ça augmente le pouvoir d'agir des habitants du milieu. D'un autre côté, d'impliquer la communauté permet de ressortir les besoins réels et exprimés par la population et assurer que l'intervention est adéquate (Vogl, 2012).

En troisième lieu, l'ABM a l'avantage de ne pas stigmatiser des groupes vivant une problématique. En effet, étant donné que les interventions visent un milieu précis, elle agit sur tous les habitants du territoire et non seulement un groupe précis (Cortis, 2008; Parry et al., 2004). Toutefois, il faut tout de même porter attention au type d'intervention qui est fait. En effet, créer un centre de dépendance dans un quartier pourrait amener ce quartier à être étiqueté comme un milieu de toxicomanie. Cela pourrait amener des conséquences négatives, comme une perte de l'intérêt des citoyens à aller vivre dans ce quartier ou une perte d'intérêt d'un commerce à s'installer dans ce quartier (Parry et al., 2004; Squires & Lathrop, 2019).

En quatrième lieu, l'ABM est avantageuse au niveau de la collaboration intersectorielle qui permet un soutien intégré comportant un partenariat avec différents acteurs et parties prenantes (Cortis, 2008; Crimeen et al., 2017; Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016; Plochg et al., 2013; Vogl, 2012). D'une part, cette collaboration amène une gouvernance collaborative et une négociation d'intérêts qui entraîne une diminution des frontières entre les organisations participantes (Crimeen et al., 2017). D'autre part, la participation d'une variété d'acteurs permet une combinaison de ressources et de connaissances assez large qui renforce la possibilité d'un changement dans le milieu (Theodos & Firschein, 2015). La collaboration peut se faire entre des intervenants de santé ou de services sociaux, des

élus municipaux ou provinciaux, des fondations, des entreprises privées, des géographes et même des travailleurs en construction (Crimeen et al., 2017; Vogl, 2012).

En dernier lieu, Vogl (2012) présente dans une recension d'écrits les conditions de réussite des différentes interventions basées sur le milieu qu'il a étudié. D'abord, les interventions basées sur le milieu devraient être financées au-delà de 7,5 millions de dollars, viser entre 10000 et 15000 personnes, atteindre des communautés présentant des concentrations de pauvreté entre 20 et 40 % en plus d'être jumelées avec des interventions basées sur les individus. Ensuite, les interventions basées sur le milieu devraient développer les compétences de la communauté pour les impliquer dans les interventions, créer ou maintenir des partenariats avec une multitude de partenaires et avoir un organisme communautaire local qui agit comme pivot pour les supporter. Puis, elles devraient avoir des objectifs clairs et faisables, faire preuve de flexibilité pour s'ajuster au besoin, clarifier les rôles de chaque partenaire et avoir un financement durable provenant de multiples sources. Enfin, l'évaluation des interventions basées sur le milieu devrait présenter des mesures claires, débiter dès le commencement de l'intervention et présenter autant les extrants plus quantitatifs que les processus qui sont davantage qualitatifs (Parry et al., 2004; Vogl, 2012).

Défis de l'approche basée sur le milieu

L'ABM est une intervention très complexe étant donné qu'elle dépend d'un très grand nombre de facteurs entre autres à cause de la taille de l'unité d'analyse. Elle comprend donc plusieurs défis. Cette section présentera les défis qui peuvent émerger de cette intervention. D'abord, il sera question du partenariat avec les différentes parties prenantes. Ensuite, la section suivante traitera des structures sociales et économiques qui ont un impact sur les milieux. Également, il sera question de l'influence des instances politiques sur l'ABM. De plus, il y aura une section sur le choix du milieu. Puis, il sera question des conséquences inattendues d'une IBM sur le milieu. Enfin, les particularités de l'évaluation de l'ABM seront présentées.

Partenariats avec les parties prenantes

Ensuite, l'ABM va généralement inclure la contribution de plusieurs parties prenantes différentes (Cortis, 2008; Crimeen et al., 2017; Dankwa-Mullan & Pérez-Stable, 2016;

Plochg et al., 2013; Vogl, 2012). Ces parties prenantes vont souvent avoir une prise importante sur l'intervention en étant bailleur de fonds ou en offrant différentes ressources pour permettre la mise en place du programme (Crimeen et al., 2017). Leur contribution sera donc conditionnelle à une place à la table de travail. Ces partenariats peuvent donc nécessiter un ajustement au niveau des structures de gouvernance et mener à une gouvernance collaborative pour assurer le financement qui est nécessaire à la réussite de l'intervention et qui est souvent très grand (Plochg et al., 2013). Une gouvernance collaborative peut être favorable et même nécessaire, mais peut apporter certains défis. D'un côté, les partenariats peuvent assurer une meilleure communication et un partage du leadership et des ressources entre les différentes parties prenantes engagées dans le projet (Ansell & Gash, 2007; Plochg et al., 2013). De l'autre côté, les structures de gouvernance partagée peuvent obliger une altération de la visée du programme ou de ses composantes dans le but de convenir aux différents partenaires impliqués (Ansell & Gash, 2007; Plochg et al., 2013). En effet, le travail en gouvernance collaborative visera l'atteinte d'un consensus entre tous les participants (Ansell & Gash, 2007). Ces exigences peuvent jouer sur l'efficacité du programme, ce qui est non négligeable (Crimeen et al., 2017). Il est tout à fait normal que le travail en gouvernance collaborative mène à certains changements du programme pour inclure les besoins des différents partenaires. Il faut toutefois que l'instigateur du projet reste alerte à ce que ces changements ne dénaturent pas le projet (Plochg et al., 2013). C'est pourquoi il est important qu'il y ait une négociation consciencieuse opérée par les artisans du programme pour assurer d'un côté, la préservation des visées du programme et de l'autre côté, une ouverture à des compromis qui sont inévitables pour répondre aux attentes des autres parties prenantes. Cette négociation peut commencer par un choix éclairé de partenaires qui sont ouverts à l'intervention à mettre en place et qui ont les compétences pour appuyer l'intervention (Plochg et al., 2013).

Structures sociales et économiques

Puis, l'un des défis associés aux interventions basées sur le milieu est qu'elles vont toujours être dépendantes des structures sociales et économiques qui existent au niveau national. De cette façon, il existe un risque de faire une intervention dans un milieu précis si la ou les problématiques visées sont liées aux structures (Cortis, 2008; Smyth &

McInerney, 2014; Thomson, 2008). Le financement d'une IBM peut être grand et l'implantation de l'intervention peut prendre plusieurs années. Il est donc essentiel de tenir compte de l'aspect structurel lorsque l'on choisit de mettre une IBM en place. Sans cela, l'intervention pourrait fonctionner à court terme, mais que les structures sociales et économiques rétablissent la problématique. Il est également possible que l'intervention ne fonctionne pas du tout.

Par exemple, au Danemark, un facteur structurel a nui à une intervention pour augmenter la mixité sociale (Christensen, 2015). Ainsi, les politiques d'habitation danoises vont encourager les habitants plus riches à devenir propriétaires d'un logement via une réduction de taxes. Ces politiques amènent la migration des résidents plus riches en dehors des quartiers plus défavorisés, tandis que les personnes plus défavorisées vont avoir un accès rapide aux logements dans ces quartiers. Cette segmentation empêche la mixité sociale, ce qui fait que l'intervention visant une hausse de ce facteur va à contre-sens avec les politiques nationales d'habitation (Christensen, 2015).

Influence des instances politiques sur l'IBM

Les instances politiques d'un milieu vont souvent agir en tant que partie prenante importante dans les interventions basées sur le milieu en particulier en offrant des ressources pour accomplir l'intervention (Crimeen et al., 2017). Cependant, selon O'Dwyer (2007), il arrive que la contribution ou l'instigation d'un projet d'intervention basée sur le milieu par une instance gouvernementale ne soit qu'une stratégie de séduction de la population qui agit comme de la poudre aux yeux. Devant un projet de développement du territoire, la population peut sentir un engouement de l'instance politique, alors qu'il ne s'agit que d'un leurre pour amener une coupure de services et promouvoir la responsabilité individuelle (O'Dwyer et al., 2007). En effet, ces interventions ne sont pas stratégiques et ne vont pas amener le développement d'une communauté. De plus, ces interventions vont généralement suivre une logique descendante, car la décision ne répond pas aux besoins réels de la population (O'Dwyer et al., 2007). Par ailleurs, il est également possible que les instances politiques apportent un soutien inadéquat et inconstant ou qu'ils refusent carrément de soutenir des projets d'interventions basées sur le milieu, alors que ce soutien aurait pu amener la survie ou la réussite du projet (Hooton, 2019; O'Dwyer et al., 2007).

Le choix du milieu

Le choix du milieu où l'intervention aura lieu peut représenter un défi pour les praticiens. En effet, juste le fait de choisir un territoire pour une intervention exige de négliger des personnes qui pourraient profiter de l'intervention, mais qui sont à l'extérieur du territoire ciblé (Cortis, 2008; Smyth & McInerney, 2014; Thomson, 2008). Les frontières du territoire visé ne représentent pas une fin de l'intervention en soi, mais elle va invariablement exclure des personnes qui pourraient profiter de cette intervention. À l'inverse, certaines personnes se trouvant à l'intérieur du territoire pourraient ne pas avoir besoin de l'intervention pourront en profiter ou ne se sentiront pas concernées par l'intervention (Cortis, 2008; Smyth & McInerney, 2014; Thomson, 2008).

De plus, le choix du milieu implique un enjeu éthique. En considérant que les ressources pour implanter l'intervention sont limitées, cela exige inévitablement de choisir un ou des territoires et ignorer un ou des territoires qui pourraient profiter de l'intervention. Il s'agit d'un problème éthique de devoir choisir certains territoires plutôt que d'autres (O'Dwyer et al., 2007). Pour remédier à ce problème, il y a toujours la possibilité de répartir ces ressources pour couvrir l'ensemble du territoire. Cependant, cette distribution égalitaire peut diluer l'effet de l'intervention et ainsi nuire à l'atteinte des objectifs de départ (Theodos & Firschein, 2015).

Dans un autre ordre d'idée, les chercheurs doivent déterminer les frontières qui délimitent le territoire de l'intervention. Il faut se demander s'il est préférable de privilégier les frontières géographiques ou désigner des frontières invisibles qui peuvent délimiter par exemple une zone plus défavorisée. Selon Theodos et Firschein (2015), ce devrait être les résidents du territoire qui déterminent les frontières en fonction de leurs besoins et leur connaissance du milieu et non les chercheurs. En effet, les résidents du milieu sont les plus aptes à connaître leur communauté et savent des choses qui ne peuvent être décelées à l'œil nu ou avec les données sur le territoire. De les consulter pourrait ainsi permettre de délimiter des frontières invisibles qui maximiseraient l'effet de l'intervention.

Il peut également être complexe de déterminer la taille du territoire d'intervention. Cette taille peut varier dépendamment de l'ampleur et la nature du problème (O'Dwyer et al., 2007). Ainsi, une intervention pourrait fonctionner sur un petit territoire, mais pas sur un

grand territoire ou l'inverse. Toutefois, O'Dwyer et al. (2007) indique que les interventions qui agissent sur les inégalités sociales de santé liées à l'isolement social ont plus de chance de succès si elles sont implantées dans des petits territoires. En effet, les auteurs argumentent que l'intervention sur des plus petits territoires facilite l'implication des parties prenantes locales qui seront plus engagées dans l'intervention. À l'inverse, certaines parties prenantes indiquent qu'ils considèrent que les interventions visant les inégalités sociales de santé devraient être implantées au niveau national étant donné l'impact des structures sociales sur certaines problématiques, comme indiqué précédemment (O'Dwyer et al., 2007).

Conséquences inattendues de l'intervention basée sur le milieu

Il arrive parfois qu'une IBM entraîne des conséquences inattendues qui nuisent à l'atteinte des résultats attendus de l'intervention. Ce phénomène peut être lié à la complexité de ces interventions qui obligent à tenir compte de plusieurs facteurs simultanément. Par exemple, de cibler un milieu particulier pour une intervention, peut amener les résidents à se sentir stigmatisés (Parry et al., 2004; Thomson, 2008). Il est également possible que l'intervention visant à réduire les inégalités sociales en santé n'amène pas le changement espéré ou entraîne même l'inverse de l'effet escompté. Ainsi, ce dernier effet s'est produit dans l'un des projets de l'intervention « New Deal for Communities » dans le quartier de North Kingsland en Angleterre (Williams, 2017). En construisant un centre de loisirs pour permettre aux individus de ce quartier défavorisé de faire de l'exercice, l'instigateur du projet espérait améliorer la santé des résidents du quartier. Malheureusement, après la fin du financement du projet, le nombre de résidents utilisant le centre a fortement diminué. Les résidents ne sentaient plus que le centre leur appartenait et n'y trouvaient plus les services offerts au départ (Williams, 2017). Cet effet néfaste met en lumière un élément fondamental de l'IBM. Cet élément est l'importance d'assurer la pérennité des projets après la fin de l'implantation du projet. Ainsi, si un programme est mis en place, mais qu'il n'est pas évalué et entretenu à travers le temps, il pourrait cesser d'avoir l'impact espéré et même amener l'effet inverse (Cortis, 2008; Williams, 2017).

Toutefois, il importe de nuancer l'interprétation des résultats des IBM. Il arrive qu'une évaluation n'indique pas d'impact positif ou même un impact négatif de l'intervention sur le milieu visé (Theodos & Firschein, 2015). Il ne faut néanmoins pas passer aux conclusions trop vite et prétendre que l'intervention est un échec. Il est possible que malgré une évaluation négative, une intervention soit tout de même un succès, car les conséquences négatives auraient été encore pires sans l'intervention (Thomson, 2008). L'intervention aurait donc eu comme rôle de réduire des conséquences inévitables qui pèsent sur le milieu (Thomson, 2008).

Évaluation de l'approche basée sur le milieu

Le dernier et plus grand défi de l'ABM est son évaluation. En effet, l'évaluation des interventions basées sur le milieu est très complexe. Malgré les recommandations offertes par Vogl (2012) plus tôt, plusieurs défis doivent être pris en compte. D'abord, le milieu est très complexe et il est impossible de tout prendre en compte, car il est en constante évolution (Cortis, 2008; Theodos & Firschein, 2015). Ainsi, après une intervention, il est difficile de dire si un changement est causé par l'intervention, par un autre événement survenu dans le milieu ou une autre intervention (Theodos & Firschein, 2015; Vogl, 2012). De plus, étant donné qu'une intervention basée sur le milieu peut prendre plusieurs années à accomplir, il est possible qu'il y ait une migration de population qui se fasse sur le territoire visé (Cortis, 2008; Smyth & McInerney, 2014). Ce déplacement peut réduire l'effet mesuré de l'intervention, car les résidents pour qui l'intervention a été un succès vont parfois quitter le milieu et être remplacés par d'autres personnes affectées par la problématique visée au départ (Cortis, 2008; Smyth & McInerney, 2014). Cela donne donc l'impression que l'évaluation est un échec, alors que ce n'est pas le cas. En outre, l'intervention visant un milieu particulier, son évaluation va nécessiter de comparer le milieu avec un autre milieu n'ayant pas reçu l'évaluation (Vogl, 2012). Toutefois, il est très difficile de trouver des milieux assez similaires pour permettre une comparaison adéquate de l'effet de l'intervention (Theodos & Firschein, 2015; Vogl, 2012).

Pour ces raisons, il est difficile d'inciter les différents bailleurs de fonds à investir dans cette évaluation (Vogl, 2012). Toutefois, comme indiqué précédemment, les interventions basées sur le milieu ont évolué et évoluent toujours pour pallier à leur complexité à travers

une grande flexibilité, une évaluation précoce de l'intervention et une bonne connaissance initiale du milieu d'intervention. Ils sont de plus en plus utilisés dans les dernières années, ce qui démontre le succès de leur évolution.

PARTIE 3 : INTÉGRATION DES APPROCHES ET APPLICATION DANS LE PROGRAMME MUNICIPALITÉS AMIES DES AÎNÉS

Après la présentation des trois approches favorisant la participation citoyenne, il est pertinent de se questionner sur leurs points communs et déterminer comment elles peuvent être jumelées. Le schéma suivant présente les différentes approches en intervention collective qui impliquent la participation des citoyens (figure 4) (Public Health England, 2015). On peut y retrouver les trois approches présentées précédemment. Dans le cas de l'approche populationnelle, il serait périlleux d'affirmer une équivalence avec le « Community engagement in planning », mais la définition exposée dans le document est très similaire.

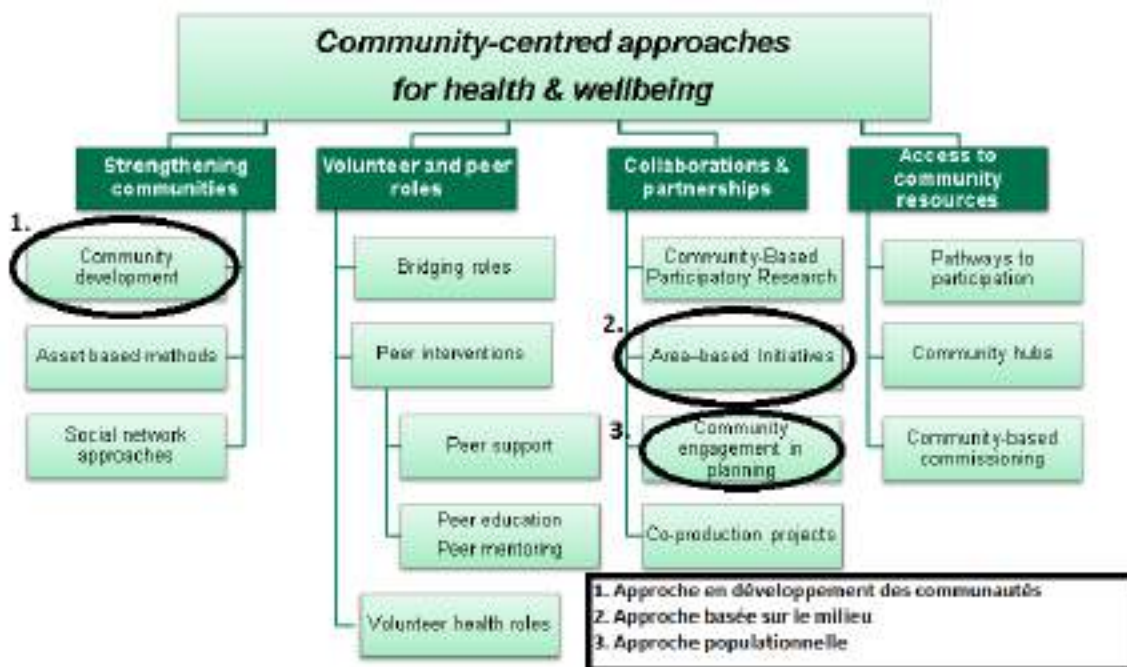


Figure 4 : Les approches favorisant la participation citoyenne

Cette section présentera comment les trois approches peuvent être intégrées et comment cette intégration pourrait s'appliquer dans la démarche MADA. La première section comparera l'approche populationnelle, le développement des communautés et l'approche basée sur le milieu. La seconde section présentera une approche intégrée des trois approches et comment ces dernières peuvent s'appuyer l'une sur l'autre. La troisième et

dernière section mettra ce modèle intégratif en application dans MADA et présentera des réflexions sur des améliorations possibles du programme.

Similarités et différences entre les trois approches

Avec la venue conjointe de l'approche populationnelle et l'approche en développement des communautés au Québec au début des années 2000, il pouvait être attendu que ces approches soient utilisées dans le virage vers une logique préventive. Toutefois, comme indiqué précédemment, ces deux approches n'auront finalement pas été priorisées par le gouvernement québécois en partie à cause des coupures budgétaires. Il apparaît cependant pertinent de relever comment ces deux approches pourraient être jumelées pour améliorer les conditions de vie dans les communautés. À cela pourrait s'ajouter l'approche basée sur le milieu qui est peu développée au Québec. Cette section ressortira les points communs et divergents des trois approches pour mettre en lumière les ponts qui peuvent être faits entre ces trois approches.

D'abord, l'objectif poursuivi par ces trois approches est sensiblement le même. En effet, elles visent à améliorer les conditions de vies de la population en fonction des besoins exprimés. La divergence survient au niveau de la cible d'intervention des approches. L'approche populationnelle cible spécifiquement la santé publique d'un territoire et vise à faire l'étude de la santé et du bien-être ainsi que des besoins de la population pour organiser les services de santé. L'approche mise également sur la contribution de tous pour la santé publique comme le veut la responsabilité populationnelle. L'approche en développement des communautés peut avoir une visée globale des besoins de la population. Ainsi, le développement des communautés n'est pas seulement lié à la santé publique, mais aussi aux aspects économiques, sociaux, territoriaux, culturels, etc. (Leroux et al., 2002). L'approche mettra également une importance particulière à la participation de la communauté dans l'intervention. L'approche basée sur le milieu aura comme cible un territoire précis vivant des problématiques complexes et multiples liées généralement aux déterminants sociaux de la santé.

De plus, les trois approches vont impliquer un partenariat intersectoriel entre différents partenaires. L'approche en développement des communautés et l'ABM vont impliquer des

partenaires de tous les secteurs qui sont liés aux besoins relevés auprès de la population. Il est donc possible d'impliquer presque tous les secteurs selon l'intervention prévue. Par exemple, si l'intervention implique les infrastructures d'une ville, des professionnels du monde de la construction et de l'urbanisme pourraient être impliqués. Du côté de l'approche populationnelle, étant donné que la santé publique est ciblée, il se peut que les secteurs impliqués soient davantage liés à la santé (Gouvernement du Québec, 2004).

Ensuite, comme l'approche populationnelle, l'ABM cible particulièrement les déterminants sociaux de la santé. D'un côté, l'approche populationnelle permet de cibler des problématiques de santé précises et collées à la réalité de ce territoire. Ainsi, l'action de l'approche populationnelle est adéquatement répandue où elle est assez grande pour couvrir un grand territoire, peu importe les caractéristiques sociodémographiques de ceux qui y vivent, mais assez petite pour pouvoir cibler des besoins précis et représentatifs de cette population (Gouvernement du Québec, 2004). De l'autre côté, l'approche basée sur le milieu couvrira des problématiques de santé via les déterminants sociaux de la santé et son territoire pourra être de différentes tailles. En effet, les interventions peuvent être faites sur des grands territoires de façon plus diffuse, quoiqu'il soit souvent recommandé de viser un plus petit territoire pour que les besoins relevés soient plus près de la réalité de la population vivant dans le milieu (Vogl, 2012). L'approche en développement des communautés peut viser un lieu particulier, mais pourra également viser des problématiques précises.

Puis, une autre ressemblance entre les trois approches est au niveau de la place de la participation citoyenne dans le processus. En effet, les approches intègrent tous les citoyens dans la démarche où ces derniers sont sondés au niveau de leurs besoins. La différence provient de l'étendue de leur rôle dans la démarche. Comme vu précédemment, dans l'approche en développement des communautés, l'implication des citoyens suit souvent une logique ascendante et peut aller jusqu'à être à toutes les étapes du processus. Ce n'est pas le cas de l'approche populationnelle qui va inclure une consultation de la population d'un territoire sur leur santé et leur bien-être ainsi que sur leurs besoins (Gouvernement du Québec, 2004). Ainsi, il peut être supposé que leur rôle peut ne se résoudre qu'à cela. Toutefois, par la suite, il serait possible de les impliquer de nouveau dans une intervention

en développement des communautés qui permettrait de répondre à ces besoins. Pour ce qui est de l'ABM, elle peut parfois suivre une logique plus descendante et ne pas nécessairement impliquer la population ce qui se différencie des deux autres approches. Toutefois, comme vu précédemment, la participation de la communauté est souvent recommandée dans cette approche (Vogl, 2012). Or, comme dans le cas des deux autres approches, cette participation peut être plus passive où la population est davantage instrumentalisée. Il serait intéressant d'impliquer la communauté de façon active dans l'intervention alliant ces trois approches pour renforcer le pouvoir d'agir des résidents ainsi que développer et évaluer des projets qui sont représentatifs des besoins exprimés par la population.

Les similarités et les différences précédentes sont résumées dans la figure 5. Ces

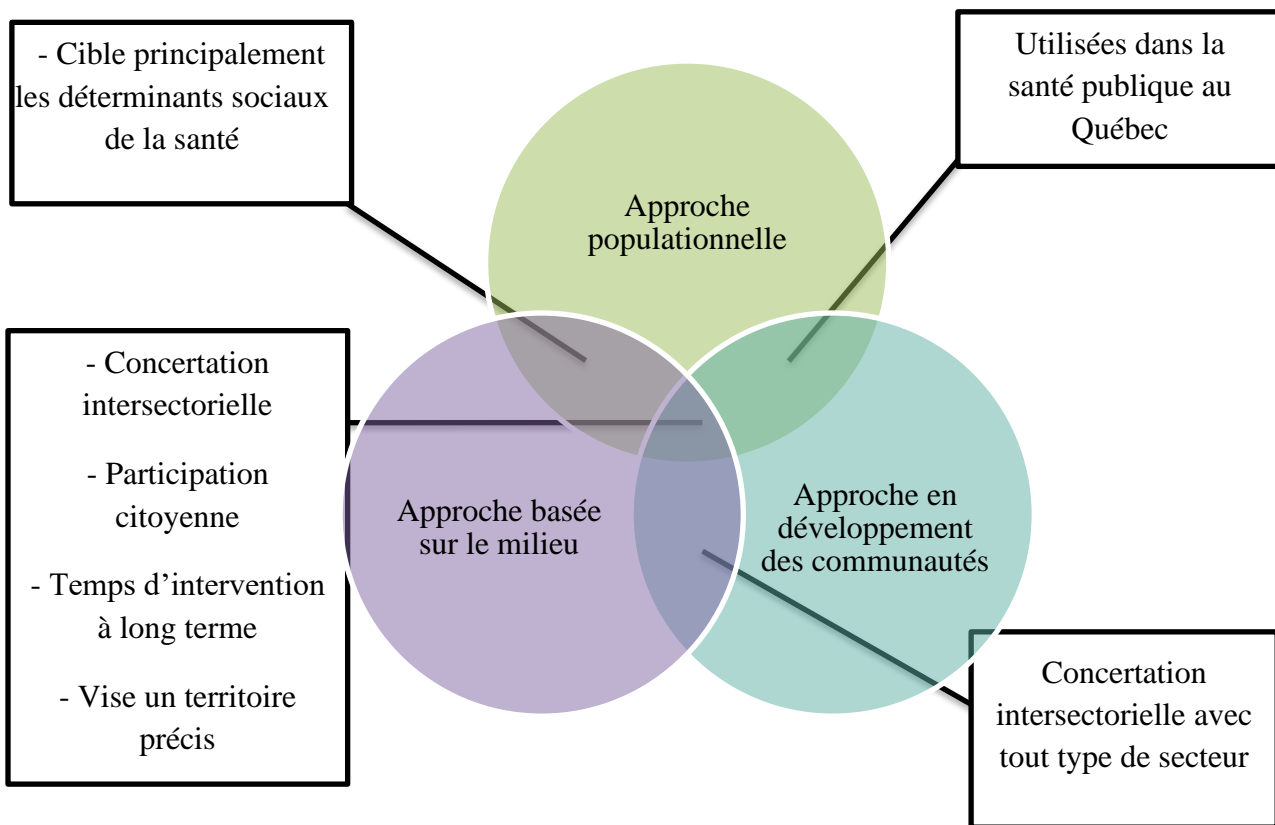


Figure 5 : Similarités et différences des approches favorisant la participation citoyenne

éléments démontrent que chacune de ces approches peut mener à de meilleures conditions de vie au Québec. Toutefois, ces trois approches engrangent la plupart de leurs résultats à moyen et long terme. Ceci est causé par le temps pris pour la concertation et le temps pour impliquer la population entre autres (Lavallée et al., 2017). Ce facteur ne concorde pas avec la logique de la nouvelle gestion publique qui mise sur une efficacité quantitative, ce qui peut expliquer le désintérêt de l'État face à ces approches. Il importe tout de même de réfléchir à une jonction de ces trois approches pour en ressortir la pertinence et sa possible utilisation au Québec.

Intégration des trois approches

Les similarités et les différences des trois approches permettent d'envisager une approche intégrée. Cette approche permettrait de conjuguer les trois approches pour optimiser les forces de chacune. Ainsi, l'apport des trois approches permet un travail global sur les besoins et les attentes de la population sur un territoire précis. Cette globalité permet de tenir compte de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé en prévision d'une meilleure santé publique, mais aussi une amélioration dans d'autres sphères de la société. Cette approche intégrée prévoit également la participation d'une multitude d'acteurs provenant de différents secteurs dans une collaboration intersectorielle. Parmi ces acteurs, les citoyens et les usagers ont un rôle actif allant jusqu'à une participation à toutes les étapes du processus selon les besoins. Cette approche intégrée pourrait utiliser une hybridation des logiques descendantes et ascendantes. Donc, elle utilise à la fois une logique descendante pour débiter la démarche, mais aussi une logique ascendante en ce qui a trait aux étapes où les usagers et citoyens sont impliqués.

L'application de cette approche consisterait d'abord à faire l'étude des besoins divers d'une population sur un territoire précis ainsi que leur santé et leur bien-être. Ces informations seraient recueillies auprès de la population et des différents acteurs du milieu pertinents pour l'intervention à venir. La démarche serait entreprise par une instance influente qui connaît bien le milieu étudié et qui agirait comme organisation pivot pour l'intervention. Par la suite, tous les partenaires à impliquer dans l'intervention seraient sollicités et la gouvernance partenariale serait fixée. La population serait impliquée de nouveau et les personnes influentes de la communauté recevraient des formations en

leadership. Enfin, les partenaires pourraient mettre en place l'intervention en prenant soin de débiter l'évaluation au même moment et en impliquant la population à toutes les étapes du processus où leur présence est pertinente. La figure suivante présente l'approche intégrée (figure 6).

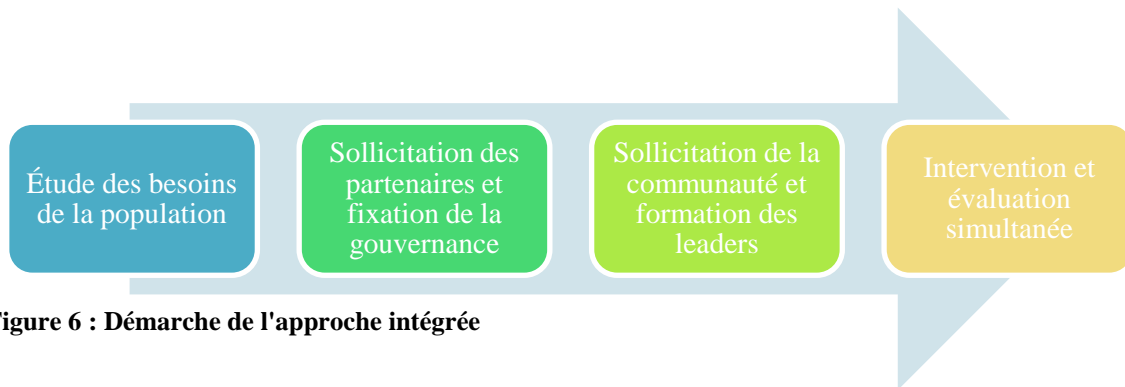


Figure 6 : Démarche de l'approche intégrée

Cette démarche de l'approche intégrée peut s'avérer une avenue à explorer pour la mise en place de programmes. Elle sera étudiée dans la prochaine section en parallèle avec le projet Municipalité amie des aînés (MADA).

Application de l'approche intégrée dans le projet Municipalité amie des aînés (MADA)

Cette section présente le projet Municipalité amie des aînés (MADA) et vise à mettre en lien les différentes approches explicitées précédemment. Ainsi, le projet MADA est un programme concret et instigué par le gouvernement qui reprend plusieurs aspects des approches favorisant la participation citoyenne. Ce programme connaît un bon succès actuellement et est reconnu par l'État, ce qui légitime la pertinence de l'utilisation des approches.

Le projet Municipalité amie des aînés (MADA)

Suite à une consultation publique sur les conditions de vie des aînés en 2007, le Secrétariat aux Aînés du Ministère de la Famille et des Aînés a favorisé le développement du projet MADA (Équipe de recherche VADA-Québec, Carrefour Action municipale et familles, & Secrétariat aux aînés, 2014). C'est au Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS à Sherbrooke que le projet a été développé par Suzanne Garon et Marie Beaulieu (Paris & Garon, 2018). Ce projet vise à appuyer les municipalités pour qu'elles mettent en place des politiques, des structures et des services qui seront

adaptés pour les aînés en regard du vieillissement grandissant de la population québécoise (Équipe de recherche VADA-Québec, 2018). Dans la dernière mise à jour du ministère de la Famille en 2018, c'est plus de neuf cents municipalités qui ont reçu la certification de municipalité amie des aînés (Ministère de la Famille, 2018a).

Plus concrètement, au niveau des municipalités, il est exigé des municipalités qu'elles fassent une démarche pour élaborer un plan d'action municipal pour les aînés qui sera éventuellement implanté dans la municipalité (Équipe de recherche VADA-Québec et al., 2014). Pour ce faire, la municipalité doit mettre en place un comité de pilotage composé d'un conseiller municipal, des services municipaux, des organismes communautaires, des associations et organismes paramunicipaux, des organismes publics, des organismes privés ainsi que d'au moins deux citoyens aînés et un organisme aîné (Durandal, Moulaert, Scheider, & Garon, 2018; Équipe de recherche VADA-Québec et al., 2014). Le comité de pilotage est coordonné par un chargé de projet. Le comité de pilotage doit ensuite faire un diagnostic des besoins du milieu en se basant sur l'expérience des aînés du milieu sur ce qui est problématique et les changements qui devraient être apportés (Équipe de recherche VADA-Québec et al., 2014). C'est sur la base de ce diagnostic que le comité de pilotage élaborera son plan d'action et l'implantera par la suite (Équipe de recherche VADA-Québec et al., 2014). Pour recevoir ce financement, les municipalités doivent faire une reddition de comptes au Secrétariat des aînés qui doit l'approuver (Durandal et al., 2018). Les résultats sont ensuite communiqués à la population en tâchant d'atteindre les aînés qui sont la clientèle cible du projet. Enfin, la démarche est autoévaluée dans le but de l'ajuster et apporter les modifications nécessaires à sa continuation (Équipe de recherche VADA-Québec et al., 2014).

Intégration des approches dans le projet MADA

Le projet MADA réussit à tenir compte des approches présentées dans cet essai pour donner un projet pérenne qui continue de faire ses preuves dans plus de neuf cents municipalités amies des aînés du Québec. En effet, il est possible de cerner comment le projet MADA entre bien dans l'approche populationnelle, dans l'approche en développement des communautés, dans l'approche basée sur le milieu, concorde bien avec le modèle écossais, présente un volet de logique ascendante qui oblige la participation

citoyenne dans le projet et possède les ressources qui empêchent une instrumentalisation des municipalités.

En premier lieu, le projet MADA incarne l'approche populationnelle prévue dans la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004. En suivant une logique préventive, MADA vise, tout comme l'approche populationnelle, à « produire la santé et le bien-être » en séparant l'action selon des territoires, soit les municipalités (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches et al., 2014, p. 5). L'approche populationnelle vise une collaboration entre tous les secteurs, à la fois privés, publics, communautaires ainsi qu'en impliquant les citoyens. Ce principe se reflète dans le projet MADA où tous ces secteurs peuvent être intégrés dans le comité de pilotage. De plus, l'approche populationnelle veut que la production de santé et de bien-être représente les besoins exprimés par la population. MADA inclut ce principe dans sa démarche dans le volet du diagnostic mentionné ci-haut qui précède la mise en place d'un plan d'action et où la population est questionnée sur ces besoins. Cette étape du processus MADA s'apparente à ce qui était accompli par les Agences de santé et de services sociaux après la réforme de 2004. Le seul bémol à apporter à la représentation de l'approche populationnelle dans MADA est que ce projet ne vise que la population âgée et non l'ensemble de la population comme ce qui est visé dans l'approche populationnelle. Toutefois, il peut être argumenté que plusieurs des mesures émergeant des initiatives MADA vont suivre les principes de l'accessibilité universelle. Ainsi, ces mesures pourront avoir un impact positif sur l'ensemble de la population.

En second lieu, MADA est une approche qui concorde avec l'approche en développement des communautés. Encore une fois, elle vise une collaboration entre différents acteurs locaux sur un territoire dans le but d'améliorer les conditions de vie de la population, comme c'est le cas dans l'approche populationnelle et intégrée dans MADA. Parmi les caractéristiques du développement des communautés, le projet vise un territoire local, celui des municipalités qui est l'objet d'intervention de la démarche. MADA vise également la participation citoyenne et le renforcement de leur pouvoir d'agir en incluant des aînés dans toutes les étapes de la démarche, du diagnostic jusqu'à l'autoévaluation. Le projet intègre un leadership partagé parmi les acteurs locaux qui font partie du comité de

pilotage. Toutefois, il faut préciser qu'avant la création du comité de pilotage, c'est seulement la municipalité qui possède les pouvoirs pour débiter la démarche. Cela permet toutefois d'harmoniser les politiques municipales pour y intégrer le projet MADA comme c'est visé dans le développement des communautés. De plus, il vise à améliorer les conditions de vie de l'ensemble des aînés ce qui peut avoir pour effet de réduire les inégalités entre ceux-ci. Par contre, encore une fois, en incluant seulement les aînés et non l'ensemble des citoyens sur le territoire, le projet MADA ne peut viser une vision globale du développement des communautés.

En troisième lieu, le programme MADA peut être qualifié comme une intervention basée sur le milieu. En effet, le programme vise des territoires précis qui sont les municipalités et chaque intervention sera modelée en fonction du territoire. Le programme s'attaque à des problématiques complexes et multiples qui sont exprimées par les aînés sur ce territoire et qui visent les déterminants sociaux de la santé. De plus, le programme impliquera une collaboration avec une grande variété d'acteurs provenant de secteurs différents en fonction des interventions prévues. La question du financement et de la gouvernance est moins un enjeu dans MADA que dans les interventions basées sur le milieu, car tout provient de l'État, ce qui peut simplifier le processus. Cette approche encourage la participation citoyenne à toutes les étapes de la démarche, ce qui est assuré par le programme MADA via la présence d'aînés dans le comité de pilotage. Cependant, le programme MADA vise spécifiquement les personnes âgées, ce qui diffère légèrement des approches basées sur le milieu qui vont viser tous les individus sur un territoire. De plus, l'approche basée sur le milieu prévoit que le territoire soit choisi suite à une consultation de la communauté pour délimiter les frontières, ce qui n'est pas le cas dans le programme MADA qui délimite l'intervention selon les frontières déjà établies des municipalités.

En quatrième lieu, le projet MADA est une initiative qui aurait sa place dans le plan national de l'Écosse. En effet, le modèle écossais mise en grande partie sur la co-construction des mesures à mettre en place avec les citoyens. Dans MADA, des citoyens aînés sont présents dans l'ensemble des processus, y compris l'évaluation. Il peut donc être assuré que la satisfaction des citoyens sera prise en compte étant donné qu'ils donnent leur

avis avant, pendant et après la mise en place de mesures. À ce sujet, il a été démontré que MADA appliquait le modèle de gouvernance collaborative d'Ansell et Gash (Paris & Garon, 2018). D'après, ce modèle, tous les parties prenantes d'un projet, incluant celles ayant un moins grand pouvoir comme les citoyens doivent être impliquées dans le processus de décision (Ansell & Gash, 2007). Ainsi, selon une évaluation du projet présentée dans Paris et Garon (2018), la motivation des membres du comité de pilotage est orientée vers les besoins des aînés et les aînés sont parfois nombreux dans le comité de pilotage et ont un grand leadership.

En cinquième lieu, le projet MADA présente une logique ascendante dans la plupart de la démarche. Il faut préciser que l'initiative initiale provient du Secrétariat aux aînés du ministère de la famille et que ce sont les municipalités qui démarrent le projet et mettent en place un plan d'action municipal qui inclut le projet MADA. À ce moment, la participation des citoyens est nulle et représente davantage une logique descendante. Donc, le projet MADA représente davantage une hybridation des deux logiques. C'est lors de la formation du comité de pilotage et la suite du processus qu'il y aura présence d'une logique ascendante. En effet, les citoyens, à partir de cette étape, sont impliqués pour l'ensemble du processus. La participation de ces derniers est de type actif, car ils font pleinement partie du projet et auront leur mot à dire à toutes les étapes. Cette participation est d'ailleurs une obligation pour les municipalités. En effet, elles doivent absolument inclure des aînés de la communauté dans leur comité de pilotage pour avoir du financement et être considérées comme une municipalité amie des aînés. Elles doivent également consulter les aînés de la communauté pour connaître leurs besoins et leurs attentes à l'étape du diagnostic (Équipe de recherche VADA-Québec et al., 2014).

En sixième lieu, comme il a été dit précédemment, le projet MADA évite le piège de l'instrumentalisation des municipalités causée par le projet de loi 122. En effet, quoiqu'il ne puisse fournir que des ressources limitées, le Secrétariat aux aînés apporte tout de même des possibilités de financement aux municipalités qui respectent les critères d'admissibilité dans leur reddition de comptes. Il faut toutefois préciser que les municipalités doivent tout de même déboursier un certain montant pour financer leur démarche MADA. De cette façon, les municipalités ne vivent pas l'instrumentalisation de l'État causé par le projet de

loi 122 pour leur démarche MADA. Cependant, le projet de loi sur la gouvernance de proximité est arrivé récemment, et ce, après la création de la majorité des démarches MADA. Étant donné que ce projet de loi risque d'augmenter les dépenses des municipalités, il est trop tôt pour en évaluer l'impact sur les capacités des municipalités à financer leur démarche MADA. En bref, le projet MADA est tout de même une initiative qui s'harmonise avec la gouvernance de proximité en décentralisation des pouvoirs et les responsabilités sur le volet aîné. De plus, en recevant des fonds publics, le projet MADA évite l'instrumentalisation des municipalités.

En dernier lieu, avec les ressemblances relevées jusqu'à présent avec les différentes approches et modèles, le programme MADA devrait également concorder avec l'approche intégrée présentée dans la section précédente. Ainsi, le programme MADA jumèle les logiques descendantes et ascendantes, implique des acteurs de plusieurs secteurs différents selon l'intervention, offre une grande place aux aînés et vise des actions sur un territoire précis qui toucheront toutes les sphères de la société et non seulement la santé. La plus grande différence entre l'approche intégrée et le programme MADA est que ce dernier ne vise que les personnes âgées, alors que l'approche intégrée viserait idéalement l'ensemble de la population d'un territoire. En reprenant la démarche de l'approche intégrée présentée dans la figure 6, il est possible de constater que le programme MADA reprend la plupart des étapes de cette approche. La première étape est de faire l'étude des besoins de la population, ce qui est fait à travers les consultations publiques prévues dans la démarche. La seconde étape vise la sollicitation des partenaires et la fixation de la gouvernance. Dans le programme MADA, la sollicitation est faite lors de la création du comité de pilotage, alors que la gouvernance sera toujours assurée par la municipalité via le comité de pilotage. La troisième étape axera sur la sollicitation de la communauté et la formation des leaders. Le programme MADA va toujours impliquer les citoyens aînés via les consultations publiques et par le recrutement d'aînés dans le comité de pilotage. Le programme ne prévoit toutefois pas de formation des aînés à proprement parler. La quatrième et dernière étape est l'intervention collective ainsi que son évaluation simultanée. Le programme MADA assure une intervention et l'évaluation par son équipe de recherche au centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie.

En bref, le projet MADA est un programme pour les aînés qui a du succès et qui permet une harmonisation des différentes approches présentées. Il reste à souhaiter que le programme MADA inspire d'autres initiatives qui toucheront d'autres problématiques ou d'autres tranches d'âge de la population. Malgré tout, le programme MADA pourrait être peaufiné. La prochaine section exposera une réflexion sur deux avenues qui pourraient être explorées pour améliorer le programme MADA dans le futur.

Réflexion sur la participation des aînés dans MADA et division des territoires

Malgré la pertinence et les succès de la démarche Municipalités amies des aînés, il y a toujours place à l'amélioration. Cette dernière section traitera de deux aspects qui pourraient être explorés dans le projet MADA. D'une part, la participation des organismes aînés dans la démarche pourrait être favorisée davantage compte tenu du potentiel présenté dans la deuxième partie de cet essai. D'autre part, il y a place à réfléchir à la possibilité de subdiviser les municipalités en micro-territoires pour ajouter de la profondeur et de la précision aux interventions faites dans le cadre de la démarche.

La participation des aînés dans la démarche MADA

Comme indiqué précédemment, les municipalités ont l'obligation de réserver des places dans leur comité de pilotage pour au moins deux personnes âgées et une organisation aînée. Les aînés de la municipalité sont également sollicités lors de consultations publiques qui précèdent la mise en place du plan d'action. Il réside toutefois un danger au fait qu'il n'y a pas de contrôle sur la place réelle que prendront les demandes et les besoins des aînés dans la prise de décision finale. Les plus grands besoins exprimés lors des consultations publiques seront-ils ceux qui seront priorisés par le comité de pilotage ? Est-ce que les personnes âgées qui font partie des comités de pilotage ont un réel poids dans la balance ? Il est difficile de le dire, car il n'y a pas de contrôle sur ce qui se passe dans chaque municipalité. Il est toutefois possible de présumer que ce poids est variable d'un endroit à l'autre (Paris & Garon, 2018). D'une part, il est possible que les membres du comité de pilotage veuillent accélérer le processus en minimisant la participation des aînés (Ansell & Gash, 2007). Il est également possible que les membres du comité de pilotage manquent de compétences sur comment favoriser la participation citoyenne et aient un manque de connaissances sur la plus-value de celle-ci. Il pourrait donc être pertinent de développer

davantage d'outils qui favorisent une prise de pouvoir des aînés, pour qu'ils aient un plus gros impact.

Par ailleurs, pour les raisons évoquées plus tôt sur l'assiduité et l'engagement profond des aînés dans les projets qu'ils entreprennent qui en font un groupe ayant un fort potentiel pour participer socialement, il serait pertinent d'offrir une plus grande place aux aînés dans le processus. De plus, selon les principes des approches présentées plus tôt, plus leur implication est grande et plus les interventions seront représentatives de leurs besoins. D'une part, cela pourrait être fait par un choix éclairé de l'organisme aîné obligatoire. Ainsi, il pourrait être pertinent pour le conseiller municipal de faire appel à un organisme aîné militant tel que l'association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR), qui pourrait assurer une défense des droits des aînés en plus d'un poids adéquat lors des processus de décision. D'autre part, il y a également la possibilité d'ajouter des leaders aînés de la communauté ailleurs dans la démarche. La prochaine section présentera comment ces leaders pourraient être impliqués.

La division du territoire dans la démarche MADA

Comme indiqué précédemment, le programme MADA prévoit que le territoire soit divisé selon les frontières établies pour chacune des municipalités. L'approche basée sur le milieu encourage une division du territoire en partenariat avec la communauté pour délimiter les frontières. De plus, la division en micro-territoires est reconnue comme permettant une plus grande implication des instances locales et une plus grande représentativité des besoins de la population dans l'intervention (O'Dwyer et al., 2007). À ce sujet, il pourrait être intéressant de réfléchir à la possibilité de diviser les municipalités en micro-territoires. Les municipalités pourraient faire un « mapping » de la municipalité avec la population aînée pour déterminer ce qu'ils considèrent comme étant les quartiers de la ville selon les infrastructures et leur lieu de résidence. Également, il pourrait être intéressant de faire ce « mapping » en tenant compte des facteurs de défavorisation sociale et matérielle créés par Pampalon qui ont été ressortis dans la plupart des communautés au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018).

Suite à cette division de la municipalité, de petites équipes pourraient être formées dans chacun des micro-territoires. Ces équipes pourraient être composées d'un élu municipal

opérant dans le ou les territoires visés, des représentants des organisations locales importantes et pertinentes pour les aînés ainsi que des leaders aînés vivant sur ces territoires. La tâche de ces équipes serait de consulter directement les aînés dans leur milieu pour ressortir leurs besoins pour ensuite faire un rapport qui serait envoyé au comité de pilotage MADA de la municipalité. La grosseur des équipes et leurs responsabilités dépendraient du nombre d'habitants aînés sur ce territoire. Si une intervention s'avère nécessaire et prise en compte par le comité de pilotage, celle-ci se ferait en étroite collaboration avec les équipes dans les micro-territoires qui aiderait à mettre l'intervention en place conformément à la vision et aux besoins exprimés par la population du territoire.

En terminant, l'équipe de recherche du programme MADA a déjà fait un pas dans la bonne direction au niveau des micro-territoires en modifiant le modèle d'éolienne utilisé pour définir les environnements physiques et sociaux visés par le programme. Ainsi, les facteurs liés au voisinage ont été ajoutés au modèle avec des exemples d'acteurs provenant des micro-territoires. Le nouveau modèle est présenté en annexe.

CONCLUSION

En conclusion, cet essai visait à démontrer le potentiel des personnes âgées à apporter à la société québécoise dans le contexte du vieillissement de la population. Ce potentiel a été appliqué à trois approches préventives en santé qui favorisent la participation citoyenne ainsi qu'au programme Municipalités amies des aînés qui intègrent bien ces trois approches. Plus concrètement, l'introduction a démontré que le vieillissement de la population risque de transformer la société et amener un défi et un levier. D'un côté, le vieillissement normal entraîne une hausse des besoins en services de santé ce qui pourrait s'avérer important avec le vieillissement rapide de la population. De l'autre côté, le vieillissement de la population augmente le nombre de retraités qui offrent généralement beaucoup de temps pour participer socialement ce qui est bénéfique pour leur santé. L'introduction se termine par un aperçu de l'évolution du réseau de santé et de services sociaux québécois actuel depuis sa réforme en santé qui semblait tendre vers des approches en prévention de la santé qui favorisait la participation citoyenne. La première partie qui suit traite du sujet de la participation sociale, en particulier la participation productive des aînés et son impact positif sur leur santé. La section se conclut sur des expériences concrètes de l'auteur avec des aînés ainsi qu'une réflexion sur le potentiel de participation sociale des aînés. La deuxième partie détaille trois approches préventives en santé qui favorisent la participation citoyenne. Ces approches étaient l'approche populationnelle, l'approche en développement des communautés et l'approche basée sur le milieu. La troisième partie compare les trois approches et présente une nouvelle approche intégrée qui combine des éléments des trois approches. Cette partie présentait également le programme Municipalités amies des aînés qui a été appliqué aux trois approches préventives favorisant la participation citoyenne, l'approche intégrée, le modèle écossais, l'approche ascendante et descendante ainsi qu'à la gouvernance de proximité prévue par la loi 122. La troisième partie se concluait par une réflexion sur deux enjeux qui pourraient être peaufinés ou ajoutés dans le programme Municipalités amies des aînés.

Cet essai permet de mettre en lumière que le gouvernement québécois, quoiqu'il ait fait un pas de recul au niveau des approches participatives en prévention dans le réseau de santé

et des services sociaux dans les dernières années, a aussi fait des petits pas dans cette direction dans le domaine des aînés avec le programme MADA. Le projet MADA est une initiative qui inclut des principes de l'ensemble des concepts et approches présentés dans ce document. De plus, c'est un projet fortement acclamé par le gouvernement du Québec et qui continue d'accumuler les succès. D'ailleurs, grâce à MADA, le Québec est considéré par l'Organisation mondiale de la Santé comme étant un leader mondial dans la mise en place des initiatives « amie des aînés » et est en avance sur les autres sociétés (Ministère de la Famille, 2018b). Cette action de l'État s'avérait nécessaire dans le contexte du vieillissement de la population où l'État se devait de s'adapter.

Devant tous ces succès, le gouvernement du Québec se doit d'encourager des initiatives comme MADA et même mettre en place des projets similaires qui donnent une grande place aux interventions collectives en prévention qui favorisent la participation citoyenne. Pour ce faire, l'État devra étudier la démarche et réaliser l'importance qui doit être mise à réitérer l'approche populationnelle, à encourager le développement des communautés, analyser le modèle écossais, miser sur une logique ascendante qui mettra l'importance sur la participation citoyenne ainsi qu'être prêt à financer ces initiatives pour éviter leur instrumentalisation, et, du même coup, éviter l'échec de ces initiatives. Le Québec devra également questionner la nouvelle gestion publique qu'il a implantée. Ce changement de paradigme et la reproduction de projets tels que MADA pourraient nécessiter des coûts importants pour l'État. Ce virage pourrait également optimiser le projet de loi 122 et favoriser l'efficacité de la gouvernance locale en plus de permettre des dépenses plus représentatives des besoins dans les territoires. Ces dépenses porteraient leurs fruits et amèneraient des baisses des dépenses de l'État dans la santé et les services sociaux à moyen et long terme. C'est un pas à faire qui pourrait mener le Québec à devenir un exemple à suivre au niveau mondial.

RÉFÉRENCES

- AFP. (2018, février 21). Le mouvement des étudiants de Parkland accroît la pression sur Trump. *Le Journal de Montréal*. Consulté à l'adresse <http://www.journaldemontreal.com/2018/02/21/le-mouvement-des-lyceens-de-parkland-accroit-la-pression-sur-trump>
- Age UK. (2017). *Age-friendly business : Valuing and including older consumers in supermarkets and service companies*. Consulté à l'adresse https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_feb17_age_friendly_business.pdf
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Laplante, O., Arsenault, C., & Bonnier-Viger, Y. (2014). *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle* (Bibliothèque et Archives nationales du Québec). Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2327474>
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

- Assemblée nationale du Québec. *Loi visant principalement à reconnaître que les municipalités sont des gouvernements de proximité et à augmenter à ce titre leur autonomie et leurs pouvoirs.* , Pub. L. No. 122, § 13 (2017).
- Beaulieu, M., & Crevier, M. (2013). Quand l'âgisme mène à considérer toutes les personnes âgées comme étant vulnérables et sujettes à la maltraitance. *Vie et Vieillesse*, 11(1), 5-11.
- Bisaillon, A., Beaudet, N., Beaudet, N., Sc, M., & QUOTIDIEN, A. (2010). L'approche populationnelle au quotidien. *Perspective infirmière, Janvier > Février*, 58-62.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés* (Presses de l'Université du Québec). Québec.
- Bourque, D., & Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Service social*, 50(1), 295-308.
<https://doi.org/10.7202/011352ar>
- Bourque, D., Université du Québec en Outaouais, & Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. (2011). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec: Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS) - Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires Université Toulouse 2, 2 et 3 juillet 2009*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/226569>
- Bourque, M. (2007). Le nouveau management public comme prémisses aux transformations des systèmes de santé nationalisés : les cas du Québec et du Royaume-Uni. *Revue Gouvernance*, 4(1). <https://doi.org/10.7202/1039117ar>

- Caillouette, J., Dallaire, N., Boyer, G., & Garon, S. (2007). Territorialité, action publique et développement des communautés. *Économie et Solidarités*, 38, 16.
- Carrier, S., Morin, P., Garon, S., Lambert, A., Gerber, L., & Beaudoin, M.-P. (2013). *Le modèle écossais: De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés* (Bibliothèque et Archives nationales du Québec). Consulté à l'adresse http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Livre_Paul_Morin_Le_modele_Ecossais.pdf
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2016). *Responsabilité populationnelle et développement des communautés*.
- Chabot, L. (2015, décembre 9). Austérité: il y a des limites à faire plus avec moins. *HuffPost Québec*. Consulté à l'adresse https://quebec.huffingtonpost.ca/louise-chabot/austerite-sante-gaspesie_b_8612720.html
- Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A., & Olazabal, I. (2010). *Vieillir au Pluriel : Perspectives sociales* (Presses de l'Université du Québec). Québec.
- Cheng, A. S., & Daniels, S. E. (2003). Examining the Interaction Between Geographic Scale and Ways of Knowing in Ecosystem Management: A Case Study of Place-Based Collaborative Planning. *Forest Science*, 49(6), 841-854.
- Christensen, G. (2015). A Danish Tale of Why Social Mix Is So Difficult to Increase. *Housing Studies*, 30(2), 252-271. <https://doi.org/10.1080/02673037.2014.982519>

- Commission Canadienne des droits de la personne. (2018). Qu'est-ce que la discrimination ? Consulté 12 février 2018, à l'adresse <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fra/contenu/quest-ce-que-la-discrimination>
- Cortis, N. (2008). Evaluating Area-based Interventions: The Case of 'Communities for Children'. *Children & Society*, 22(2), 112-123. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2007.00120.x>
- Crimeen, A., Bernstein, M., Zapart, S., & Haigh, F. (2017). *Place-based Interventions : A Realist Informed Literature Review*. Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE), South Western Sydney Local Health District and UNSW, Australia : Liverpool.
- Dankwa-Mullan, I., & Pérez-Stable, E. J. (2016). Addressing Health Disparities Is a Place-Based Issue. *American Journal of Public Health*, 106(4), 637-639. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303077>
- Depelteau, J., Fortier, F., Hébert, G., Langlois, P., & Institut de recherche et d'informations socio-économiques. (2013). *Les organismes communautaires au Québec: financement et evolution des pratiques*. Consulté à l'adresse <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3287184>
- Déry, P. (2017, décembre 20). Ainsi meurt le Commissaire à la santé. *Le Journal de Montréal*. Consulté à l'adresse <http://www.journaldemontreal.com/2017/12/20/ainsi-meurt-le-commissaire-a-la-sante>

- Diez Roux, A. V. (2016). Neighborhoods and Health: What Do We Know? What Should We Do? *American Journal of Public Health*, 106(3), 430-431.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303064>
- Duncan, D. T., & Kawachi, I. (2018). *Neighborhoods and health* (2e éd.). United States of America: Oxford University Press.
- Durandal, J.-P. V., Moulaert, T., Scheider, M., & Garon, S. (2018). Adaptation des territoires au vieillissement : politiques publiques et formes d'agencement démocratique. *Retraite et Société*, 1(79), 17-41.
- Équipe de recherche VADA-Québec. (2018). Projet de recherche Municipalités & Villes amies des aînés au Québec. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse Municipalités & Villes amies des aînés au Québec website: <http://madaquebec.com/fr/>
- Équipe de recherche VADA-Québec, Carrefour Action municipale et familles, & Secrétariat aux aînés. (2014). *Municipalité amie des aînés: guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés*. Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326792>
- Garon, S., Veil, A., & Goudreault, N. (2019). *Avis scientifique - Les conditions qui favorisent ou freinent l'implication des établissements de santé et de services sociaux dans la démarche Municipalité Amie Des Aînés (MADA)*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Secrétariat aux Aînés.
- Gouvernement du Québec. (2004). *L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé* (p. 8). Consulté à l'adresse Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Québec website: [74](https://csss-</p></div><div data-bbox=)

stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_corporatif/Publications/approche_01.pdf

Gouvernement du Québec. (2016). *Programme de soutien à la démarche Municipalité amie des aînés*. Québec: Direction des communications du Ministère de la santé et des Services sociaux.

Grenier, C. (2012). *L'engagement bénévole d'aînés : bilan actuel et perspectives pour la prochaine génération d'aînés* (Mémoire). Université de Sherbrooke, Sherbrooke.

Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6), 517-530. <https://doi.org/10.1037/amp0000103>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), 20.

Hooton, C. A. (2019). The application of micro-geographic economic analysis in urban policy evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 72, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2018.10.002>

Howat, P., Cross, D., Hall, M., Iredell, H., & al, et. (2001). Community participation in road safety: Barriers and enablers. *Journal of Community Health; New York*, 26(4), 257-270.

Institut de la statistique du Québec. (2009). *Le bilan démographique du Québec*. Québec: Institut de la statistique du Québec.

Institut de la Statistique du Québec. (2018). *La population des municipalités du Québec au 1er juillet 2017* (N° 61; p. 5). Consulté à l'adresse Institut de la Statistique du

- Québec website: <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no61.pdf>
- Institut de la statistique du Québec, Payeur, F. F., Azeredo Teixeira, A. C., St-Amour, M., André, D., Girard, C., & Berthiaume, P. (2015). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/244684>
- Institut de la statistique du Québec, Rheault, S., & Poirier, J. (2013). *Le vieillissement démographique: de nombreux enjeux à déchiffrer*. Consulté à l'adresse <http://www.deslibris.ca/ID/235795>
- Institut de recherche et d'informations socio-économiques. (2015). *Quels seront les impacts du vieillissement de la population ?* Consulté à l'adresse http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/IRIS_Vieillissement8web.pdf
- Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS). (2016). Observatoire des conséquences des mesures d'austérité au Québec [Text]. Consulté 18 avril 2018, à l'adresse Observatoire des conséquences des mesures d'austérité au Québec website: <https://austerite.iris-recherche.qc.ca/>
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). Responsabilité populationnelle.
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). Déterminants de la santé. Consulté 9 avril 2019, à l'adresse INSPQ website: <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>

- Irwin, B., Dublenko, C., Kassbaum, B., Rawlings-Bird, L., Nakamura Maguire, L., & Knutson, D. (2012). *Creating an Age-friendly Business in Yukon*. Consulté à l'adresse http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/afbg_seniors.pdf
- Isidiho, A., & Shatar B. Sabran, M. (2016). Evaluating the Top-Bottom and Bottom-Up Community Development Approaches: Mixed Method Approach as Alternative for Rural Un-Educated Communities in Developing Countries. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. <https://doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n4p266>
- Lachapelle, R. (2016). *Le changement de modèle au Québec, ses impacts sur l'intervention collective (IC) et les recherches en cours sur le DTI*. Consulté à l'adresse https://www.usherbrooke.ca/moodle2-cours/pluginfile.php/1280610/mod_resource/content/1/%C3%89quipe%20-%20Document%20de%20travail%20%28mai%202016%29.pdf
- Lambert, M.-E. (2014). Grève étudiante québécoise de 2012. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse The Canadian Encyclopedia website: <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/la-greve-etudiante-quebecoise-de-2012-et-la-loi-78/>
- Larivière, C. (2005). *Les risques de la nouvelle gestion publique*. Texte présenté à Congrès international francophone du service social, Caen.
- Lauckner, B. (2014, juin 23). Creating Better Health. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse Canadian Index of Wellbeing website: <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/blog/post/creating-better-health>
- Lavallée, D., Mercier, C., & Bourque, D. (2017). *Denise Lavallée, Coordonnatrice de Rouyn-Noranda Villes et Villages en Santé : Artisane de la concertation*

- intersectorielle locale* (N° 17-07; p. 112). Outaouais: Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire.
- Leavy, A. (2015). After the Flood: Citizen Action Following Natural Disaster. *National Civic Review*, 104(2), 28-39. <https://doi.org/10.1002/ncr.21231>
- Lefebvre, A., & Soderstrom, L. (2000). *Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé* (p. 63). Consulté à l'adresse Université McGill website:
https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Archives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/20001101_rapp_cfr.pdf
- Leroux, R., Lévesque, J., Ninacs, W. A., & Institut national de santé publique du Québec. (2002). *La santé des communautés perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Consulté à l'adresse <http://www4.bnquebec.ca/pgq/2005/3039964.pdf>
- Levy, B. R. (2017). Age-Stereotype Paradox: Opportunity for Social Change. *The Gerontologist*, 57(suppl_2), S118-S126. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx059>
- Marin, S. (2017, décembre 4). L'abolition du Commissaire à la santé dérange. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse Métro website:
<http://journalmetro.com/actualites/national/1273059/labolition-du-commissaire-a-la-sante-derange/>
- Mercier, C., & Bourque, D. (2012). *Approches et modèles de pratiques en développement des communautés : Approches de développement intégré* (N° 1207). Consulté à l'adresse Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire website:

[http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1207%20-%20Mercier%20et%20Bourque%20\(2012\).pdf](http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1207%20-%20Mercier%20et%20Bourque%20(2012).pdf)

Ministère de la Famille. (2018a). *Municipalités reconnues ou ayant entrepris la démarche MADA, par région administrative* (p. 23). Québec: Ministère de la Famille.

Ministère de la Famille. (2018b). Qu'est-ce qu'une municipalité amie des aînés? Consulté 25 avril 2018, à l'adresse Famille Québec website:
<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/index.aspx>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Le Ministère et ses partenaires. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse Santé et Services sociaux Québec website:
<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/le-ministere-et-ses-partenaires/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec : Variations nationales de l'indice de défavorisation en 2011. Consulté 29 mars 2019, à l'adresse
http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=1351

Ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Ministère de la Famille, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère des Transports du Québec, Curateur public du Québec, ... Institut de la statistique du Québec. (2013). *Le vieillissement de la population au Québec et ses enjeux socioéconomiques et de santé* (p. 37). Consulté à l'adresse Fonds de recherche du Québec Société et culture website:

- <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/449048/vieillissement-population-QC/733f7b05-b22e-4455-a415-3f5a36feafc7>
- Minkler, M. (2012). *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare* (Rutgers University Press). United States of America: Meredith Minkler.
- Morin, P., Allaire, J.-F., & Bossé, P.-L. (2015). *Intervention de proximité en CSSS : une pratique de pointe du CSSS-IUGS*.
- Niagara Age-Friendly Community, Welland/Pelham Chamber of Commerce, Corporation of Welland, & Welland Senior Citizens Advisory Committee. (2014). *11-Creating an Age-Friendly Business in Welland/Pelham*. Consulté à l'adresse <http://www.wellandpelhamchamber.com/Portals/7/Creating%20an%20Age%20Friendly%20Business.pdf?ver=2015-01-06-161148-000>
- O'Dwyer, L. A., Baum, F., Kavanagh, A., & Macdougall, C. (2007). Do area-based interventions to reduce health inequalities work? A systematic review of evidence. *Critical Public Health*, 17(4), 317-335.
- <https://doi.org/10.1080/09581590701729921>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017, décembre 12). Santé mentale et vieillissement. Consulté 25 avril 2018, à l'adresse World Health Organization website: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). Déterminants sociaux de la santé. Consulté 4 avril 2019, à l'adresse WHO website: https://www.who.int/social_determinants/fr/

- Paris, M. (2015). *La reconnaissance sociale de la vieillesse et des aînés : la participation sociale au sein de Villes-Amies des Aînés au Québec* (Doctorat). Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Paris, M., & Garon, S. (2015, octobre). *Le vieillissement actif*. Power Point présenté à Journée de perfectionnement pour les intervenants et bénévoles qui œuvrent auprès des aînés, Université de Sherbrooke.
- Paris, M., & Garon, S. (2018). Collaborative Governance to Meet the Challenge of Aging: The Case of Age-Friendly Cities and Communities. In *Building Bridges: Case Studies in Collaborative Governance in Canada* (Invenire, p. 214). Ottawa: Claude M. Rocan.
- Parry, J., Laburn-Peart, K., Orford, J., & Dalton, S. (2004). Mechanisms by which area-based regeneration programmes might impact on community health: a case study of the new deal for communities initiative. *Public Health, 118*(7), 497-505.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.01.003>
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques, (55)*, 115. <https://doi.org/10.7202/013229ar>
- Pettigrew, S., Mizerski, K., & Donovan, R. (2005). The three « big issues » for older supermarket shoppers. *The Journal of Consumer Marketing; Santa Barbara, 22*(6), 306-312.
- Pigeon, M. (2017, juillet 10). Penser la santé de façon globale. *Le Devoir*. Consulté à l'adresse <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/503054/la-performance-en-sante-et-services-sociaux-penser-la-sante-de-facon-globale>

- Plochg, T., Schmidt, M., Klazinga, N. S., & Stronks, K. (2013). Health governance by collaboration: a case study on an area-based programme to tackle health inequalities in the Dutch city of the Hague. *European Journal of Public Health*, 23(6), 939-946.
- Pomey, M.-P. (2012, avril). *Users' Role in the Healthcare System: Quebec's experience with users' committees*. Power Point présenté à Quality of Care and Research Symposium Symposium Patient Engagement: The Sound of Patient Engagement: The Sound of Rubber Hitting the Road Rubber Hitting the Road, Montréal.
- Public Health England. (2015). *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing : Full report*.
- Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Massé, R., Gilbert, L., Cardinal, L., Québec (Province), & Direction générale de la santé publique. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, QC: Santé et Services Sociaux.
- Raymond, É., Sévigny, A., Levasseur, M., Coimbra Ferreira de Almeida, M., & Villaverde Cabral, M. (2015). Participation sociale des aînés : entre définitions, actions et pouvoirs. In *Problèmes sociaux et interventions sociales. Droits de vieillir et citoyenneté des aînés: Pour une perspective internationale* (Presses de l'Université du Québec, p. 404). Québec.
- Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie. (2017, juin). *Le développement des communautés : Quels enjeux pour les organismes communautaires?* Consulté à l'adresse <http://www.rocestrie.org/fr/developpement-social.htm?ssid=jbzx9rkflh46al6>

- Robitaille, P., & Chaire Raoul-Dandurand en études stratégiques et diplomatiques. (2010). *Autre effet CNN?: l'impact de la couverture médiatique sur le financement institutionnel canadien dans le cas de catastrophes naturelles*. Consulté à l'adresse <http://www.dandurand.uqam.ca/publications/etudes-raoul-dandurand.html>
- Ruth, B. J., & Marshall, J. W. (2017). A History of Social Work in Public Health. *American Journal of Public Health, 107*, S236-S242. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>
- Sainsaulieu, I. (2009). Le bon patient est sous contrôle. Communautés de service et pratiques soignantes à l'hôpital. *Ein guter Patient ist unter Kontrolle. Dienstleistungsgemeinschaften und Pflegepraktiken im Spital., 35*(3), 551-570.
- Seniors' Healthy Living Secretariat, & British Columbia Ministry of Health. (2011). *Creating an Age-friendly Business in B.C.* Consulté à l'adresse https://smallbusinessbc.ca/wp-content/uploads/resource_files/SeniorsBC_agefriendly_business_guide.pdf
- Smedley, B. D., & Tegeler, P. (2016). "Affirmatively Furthering Fair Housing": A Platform for Public Health Advocates. *American Journal of Public Health, 106*(6), 1013-1014. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303175>
- Smyth, J., & McInerney, P. (2014). 'Ordinary kids' navigating geographies of educational opportunity in the context of an Australian 'place-based intervention'. *Journal of Education Policy, 29*(3), 285-301. <https://doi.org/10.1080/02680939.2013.794304>

- Squires, V., & Lathrop, B. (2019). *How Neighborhood Make Us Sick : Restoring Health and Wellness to Our Communities* (IVP Books). United States of America.
- Stroud, D., & Walker, K. (2013). *Marketing to the Ageing Consumer : The Secrets to Building an Age-Friendly Business*. Royaume-Uni: Palgrave Macmillan.
- Theodos, B., & Firschein, J. (2015). Evaluating Community Change Programs. In *Handbook of Practical Program Evaluation* (4^e éd., p. 259-280). États-Unis: Jossey-Bass.
- Thomson, H. (2008). A dose of realism for healthy urban policy: lessons from area-based initiatives in the UK. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(10), 932-936. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.068775>
- Turgeon, J., Jacob, R., & Denis, J.-L. (2011). Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010), Québec: fifty years of change through the lens of reform. *Les Tribunes de la santé*, (30), 57-85.
<https://doi.org/10.3917/seve.030.0057>
- Vaillancourt, Y. (2017). *Marges de manœuvre des acteurs locaux de développement social en contexte d'austérité*
[https://crises.uqam.ca/upload/files/publications/etudes-theoriques/CRISES_ET1701.pdf].
- Vogl, T. (2012). *Evidence review of place-based approaches*. United Way Toronto.
- Williams, O. (2017). Identifying adverse effects of area-based health policy: An ethnographic study of a deprived neighbourhood in England. *Health & Place*, 45, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.02.011>

- Winterton, R. (2016). Organizational responsibility for age-friendly social participation: Views of Australian rural community stakeholders. *Journal of Aging & Social Policy*, 28(4), 261-276. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1145504>
- Yu, R., Wong, M., & Woo, J. (2018). Perceptions of Neighborhood Environment, Sense of Community, and Self-Rated Health: an Age-Friendly City Project in Hong Kong. *Journal of Urban Health*. <https://doi.org/10.1007/s11524-018-00331-3>
- Zedlewski, S. R., & Butrica, B. A. (2007). *Are We Taking Full Advantage of Older Adults' Potential?* Consulté à l'adresse <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/46881/411581-Are-We-Taking-Full-Advantage-of-Older-Adults-Potential-.PDF>

