



**« Vieillesse en santé » et
« responsabilité populationnelle » :
évaluation d'un accompagnement
dans trois milieux locaux du Québec**

AUTEURE

Denise Aubé, médecin-conseil
Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

André Tourigny, médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Lucie Bonin, médecin-conseil
Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec

Anne Chamberland, chargée de projet et accompagnatrice
Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Isabelle Cliche, technicienne administrative de direction
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de l'INSPQ, dans le cadre de la réalisation de projets innovants (2010). Elle a été rendue possible grâce à la collaboration des acteurs locaux des trois centres de santé et de services sociaux participants et des acteurs des agences régionales de la santé et des services sociaux concernées, ainsi que de celle d'acteurs intersectoriels locaux ou régionaux ayant participé à la réalisation du projet évalué. L'auteur tient à les remercier de leur accueil chaleureux, de leur intérêt et de leur grande collaboration. Elle désire également souligner la contribution très appréciée des deux lecteurs externes, soit Yves Couturier du Centre de recherche sur le vieillissement affilié à l'Université de Sherbrooke et Lise Cardinal, médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Enfin, elle a bénéficié du soutien indéfectible et grandement apprécié des trois collaborateurs du projet.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-72309-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Table des matières

Liste des tableaux	II
Liste des figures	II
Glossaire	III
Liste des sigles et acronymes	VI
Messages clés	1
Sommaire	2
1 Introduction	5
2 Brève description de la mise en place des projets VES	8
3 Questions d'évaluation et méthodologie	9
3.1 Les orientations théoriques	9
3.2 Les sources d'information utilisées	10
3.3 Le traitement de l'information	11
3.4 Forces et limites de l'évaluation	11
4 Résultats	12
4.1 L'approche véhiculée par le modèle du Vieillesse en santé est-elle utilisée et comment?	13
4.2 Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'adoption du modèle VES tant pour bonifier ce qui se fait dans les réseaux étudiés que pour faciliter sa transférabilité dans d'autres réseaux locaux de services?	22
5 Discussion	27
5.1 Des observations globales	27
5.2 La gestion d'un changement important	27
5.3 Les enseignements utiles pour la suite	28
6 Conclusion	29
Références	30

Liste des tableaux

Tableau 1	Provenance des personnes rencontrées.....	10
Tableau 2	Description de quelques variables caractérisant les milieux étudiés, données de 2012	12
Tableau 3	Importance relative des catégories représentées aux tables locales de concertation « aînés ».....	18

Liste des figures

Figure 1	Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.....	7
----------	--	---

Glossaire

Agent de développement rural¹ :

La mise en place d'agent de développement rural résulte de la Politique de soutien ou développement local et régional (1997) et de la Politique nationale de la ruralité (2001, 2007, 2014). Il introduit une approche globale et multisectorielle basée sur la mobilisation des communautés. Ses fonctions générales sont : l'accompagnement des collectivités, l'animation des territoires, la connaissance et l'analyse du territoire; et l'expertise technique.

Conférence régionale des élus (CRE)² :

« La conférence régionale des élus est, pour le territoire qu'elle représente, l'interlocuteur privilégié du gouvernement en matière de développement régional. » (p. 57)

« Chaque CRE a principalement pour mandat :

- d'évaluer les organismes de planification et de développement aux paliers local et régional, dont le financement provient en tout ou en partie du gouvernement;
- de favoriser la concertation des partenaires dans la région;
- de donner des avis au ministre sur le développement de la région (LMAR, article 21.7).

La CRE établit un plan quinquennal qui définit, dans une perspective de développement durable, les objectifs généraux et particuliers de développement de la région, en s'attachant en priorité à la participation des jeunes à la vie démocratique de la région et, selon les principes d'égalité et de parité, de celle des femmes (LMAMR, article 21.7). » (p. 59) (2003-2015)

Centre local de développement (CLD)³ :

« Une MRC confie à un organisme qu'elle constitue sous l'appellation de "centre local de développement" l'exercice de la compétence en matière de développement local et de soutien à l'entrepreneuriat sur son territoire... ().

Le conseil d'administration d'un CLD comprend des élus municipaux, des personnes issues notamment des milieux des affaires et de l'économie sociale, ainsi que, sans droit de vote, le député de l'Assemblée nationale de toute circonscription située sur le territoire de compétence du CLD. Le conseil comprend également, sans droit de vote, le responsable du CLD et le directeur d'un centre local d'emploi (CLE). » (p. 60)

L'initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC)⁴ :

L'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) est un consortium de partenaires qui soutient les organisations et les acteurs du système de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires intersectoriels pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. Pour ce faire, elle favorise et influence le développement des compétences, sur les plans individuel et organisationnel, tout en misant sur le partage des connaissances et des expériences prometteuses. (2005-2015)

¹ Informations tirées du site suivant : <http://www.ruralite.qc.ca/fr/Outils/Agents>.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ Tiré du site internet suivant : <http://www.ipcdc.qc.ca/decouvrez-ipcdc>.

La responsabilité populationnelle (RP)⁵ :

« La responsabilité populationnelle signifie la mobilisation des partenaires d'un territoire afin de partager collectivement une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être de la population qui habite ce territoire. Cela doit être accompli en analysant l'ensemble des besoins de la population plutôt qu'en fonction de ceux énoncés uniquement par les individus qui consomment des services de santé. Exercer cette responsabilité implique de :

- favoriser la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population;
- agir en amont, sur l'ensemble des déterminants de la santé (les "causes des causes"), en collaboration avec les autres secteurs d'activités;
- rendre accessible un ensemble de services efficaces, efficients et le plus complet possible, de la promotion à la réadaptation;
- assurer la prise en charge et l'accompagnement de la personne et de ses proches dans le système de soins et de services. »

Municipalités amies des aînés (MADA)⁶ :

- « La démarche MADA a pour objet d'aider les municipalités et les MRC à encourager la participation active des aînés au sein de leur communauté et à concrétiser la vision d'une société pour tous les âges. Elle actualise le concept du vieillissement actif, prôné par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). » (p. 3)
- Le processus de la démarche se déroule à travers les six étapes suivantes : obtenir l'accord des élus; mettre sur pied un comité de pilotage; effectuer un diagnostic du milieu; rédiger une politique municipale des aînés et son plan d'action d'une durée minimale de trente-six mois; mettre en œuvre les actions en s'assurant de la participation des divers partenaires; évaluer la démarche et les actions de façon continue. (p. 4)

Municipalités régionales de comté (MRC)⁷ :

« Les MRC ont été mises sur pied en 1979 en vertu de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme pour s'occuper principalement d'aménagement du territoire... Un des défis des MRC était donc de réunir à une même table des représentants de petites et de grandes municipalités, de milieux urbain et rural, pour planifier l'aménagement du territoire et permettre l'émergence d'un sentiment d'appartenance régionale. » (p. 7)

Parmi les transformations subies au fil des ans, mentionnons les événements suivants :

- « En 2001, le gouvernement lançait sa politique sur la ruralité et signait un pacte avec chaque MRC afin de soutenir les communautés dans leurs efforts pour bâtir des milieux de vie prospère. Le soutien et le renforcement du développement des milieux ruraux sont au cœur des préoccupations de la Politique nationale de la ruralité. » (p. 9)
- « En 2003, la Loi sur le ministère du Développement économique et régional et de la Recherche (LMDERR) était modifiée pour confier aux MRC la responsabilité des centres locaux de développement (CLD). » (p. 10)

⁵ *Ibidem.*

⁶ *Municipalité amie des aînés : guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche.* Municipalité amie des aînés, Secrétariat aux aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014, 36 p.

⁷ *Guide explicatif : La municipalité régionale de comté : Compétences et responsabilités,* ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, gouvernement du Québec, 2007, 79 p.

Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale (PAGSIS)⁸ :

Ce programme s'inscrit dans une « démarche collective de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en unissant et en coordonnant mieux les actions pour la solidarité et l'inclusion sociale » (p. 9)

Le plan implique de renforcer l'intervention territoriale (régionale et locale) et recommande de :

- « briser les “silos” entre les différentes organisations afin d'assurer une harmonisation des actions et de créer des continuums de services centrés sur la personne;
- assouplir les normes de certains programmes et mesures pour mieux répondre aux besoins des milieux;
- donner aux acteurs régionaux et locaux les moyens de mieux réaliser leur mission en soutenant leurs efforts de mobilisation et de concertation qui conduisent à des projets prometteurs;
- assurer la continuité des démarches existantes, telles les initiatives de revitalisation urbaine intégrée (RUI) et d'approche territoriale intégrée (ATI) » (p. 18).

Différentes mesures rattachées aux quatre orientations du PAGSIS s'inscrivent dans l'approche multiaxiale du modèle Vieillesse en santé, par exemple :

- Mettre en place des plans territoriaux de mobilité durable (p. 23);
- Mieux informer les personnes âgées sur les programmes disponibles (p. 30);
- Accroître la participation active des personnes âgées (p. 41);
- Soutenir les initiatives visant le respect des personnes âgées (p. 41);
- Améliorer l'offre de services destinée aux proches aidants (p. 41).

Le programme FORCES :

Ce programme a été offert par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

« Le programme FORCES pour l'amélioration des services de santé appuie des équipes composées d'un maximum de quatre dirigeants dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets d'amélioration au sein de leur organisme ou d'un ministère, ou des équipes multisites. Le programme, d'une durée de 14 mois, offre une formation axée sur le perfectionnement de la gestion et l'utilisation des données probantes en vue d'améliorer la qualité et le rendement » : <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/EducationandTraining/EXTRA.aspx>.

Table régionale de concertation des aînés⁹ :

« Une table régionale permet aux aînés de bénéficier d'un lieu régional d'échange et de concertation afin d'être en mesure d'unir leur voix pour mieux connaître leurs besoins, de dégager des enjeux relatifs aux aînés et d'encourager ceux-ci à assumer leur rôle de citoyen à part entière. »

« Ces dernières ont généralement comme objectifs de :

- mettre de l'avant des projets concertés issus du milieu local;
- promouvoir la participation des aînés à la vie collective; d'agir à titre de porte-parole pour défendre les droits des aînés;
- favoriser l'échange d'information entre ses membres;
- transmettre toute information relative aux services des aînés. »

⁸ *Le Québec mobilisé contre la pauvreté : Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2010, 55 p.

⁹ Informations tirées du site suivant : <http://www.conferencedestables.org/mission-table-régionale/>.

Liste des sigles et acronymes

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLD	Centre de développement local
CRE	Conférence régionale des élus
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle
MADA	Municipalité amie des aînés
MRC	Municipalité régionale de comté
OMH	Office municipal d'habitation
RLS	Réseau local de services
RP	Responsabilité populationnelle
RPA	Résidence pour personnes âgées
TCRA	Table de concertation régionale des aînés
VES	Vieillesse en santé

Messages clés

Cette évaluation s'intéresse à l'appropriation et à l'utilisation du modèle de Vieillesse en santé (VES) par trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) situés en milieu rural et leurs partenaires. Ce modèle a été développé en 2008 au Québec. Il repose sur une approche multiaxiale qui propose des leviers d'action appartenant à différents secteurs d'activités pour répondre à l'ensemble des besoins des aînés autonomes et moins autonomes d'un territoire dans une perspective systémique et intégrée. Il intègre des activités de promotion dont les effets sur la santé sont bien documentés.

Les CSSS participants ont priorisé l'utilisation du modèle VES dans le cadre d'un accompagnement permettant de rehausser leurs compétences à exercer, avec leur réseau local de services, leur responsabilité populationnelle.

Principaux messages

- L'accompagnement représente une condition jugée cruciale par les milieux pour implanter le modèle VES, notamment en phase de démarrage. Pour l'expérimentation étudiée, il s'est décliné en plusieurs modalités, soit :
 - La présence d'accompagnateurs de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC) et d'experts de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ);
 - La participation des agences à cet accompagnement;
 - La désignation d'un chargé de projet local, minimalement à mi-temps pour une durée de 18 mois.
- Le modèle VES est perçu favorablement tant par les acteurs de la santé et des services sociaux que par les acteurs des autres secteurs l'ayant utilisé. Ils apprécient sa perspective systémique et reconnaissent la pertinence d'agir sur les différents axes du modèle. Toutefois, ils ont dû investir temps et énergie pour se l'approprier, mais une fois franchie cette étape, ils sont devenus très habiles à l'utiliser.
- L'application du modèle implique d'intervenir auprès d'un grand nombre d'acteurs, sectoriels et intersectoriels, et ce, de manière soutenue pour assurer la pérennité des changements. Cet investissement doit être prévu et planifié pour que cela se réalise.
- Les territoires locaux possèdent des caractéristiques singulières que connaissent les acteurs locaux et régionaux. C'est pourquoi il importe que l'application du modèle VES se réalise en coconstruction avec eux.
- L'approche multiaxiale nécessite une concertation intersectorielle incluant le monde municipal, parce qu'il détient des leviers d'action sur plusieurs de ces axes.
- La concertation intersectorielle s'est révélée une stratégie gagnante pour améliorer les conditions d'accès à des sources de financement diversifiées, parce que la présence de décisions collectives partagées était régulièrement un critère à respecter.
- La vitesse d'implantation doit tenir compte des capacités des milieux.
- Les agences régionales détiennent des atouts majeurs pour soutenir les CSSS, soit :
 - leur positionnement pour développer une dynamique régionale propice au partage d'expériences et aux apprentissages collectifs;
 - une contribution potentielle dans l'utilisation opérationnelle de nouvelles connaissances;
 - la présence de leviers pour le rehaussement des compétences.
- Les CSSS souhaiteraient que les acteurs régionaux et centraux se concertent davantage, notamment pour le développement d'outils plus intégrés et la production des données locales. De plus, ils aimeraient être soutenus pour évaluer leurs interventions.
- Le réseautage avec d'autres CSSS partageant les mêmes préoccupations a été très apprécié : il permet d'apprendre d'autres expériences et de partager des outils et des connaissances, ce qui permet d'être opérationnel plus rapidement.
- À moyen terme, deux grands défis apparaissent incontournables : la mobilisation des acteurs concernés du milieu et la participation des aînés eux-mêmes.

Sommaire

Ce rapport présente les résultats d'une évaluation d'un projet de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) réalisé auprès de trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) situés en milieu rural. Ce projet vise l'appropriation et l'utilisation du modèle Vieillesse en santé¹⁰ (VES) par ces milieux. Il inclut la planification et l'implantation d'activités de promotion et de prévention auprès de la population d'aînés visée, en les adaptant aux conditions locales et régionales.

Dans cette approche multiaxiale, certains axes ciblent l'information des aînés et le soutien de leurs capacités d'adaptation, leur participation sociale et leur engagement, la création d'environnements sains et sécuritaires et le développement de politiques améliorant l'environnement général et les conditions de vie des personnes aînées.

D'autres axes concernent plus spécifiquement les services de santé et de services sociaux et visent leur adéquation avec les besoins sur le plan local, une meilleure gestion des maladies chroniques ou la détection précoce des problèmes. La capacité à agir sur plusieurs des axes a un effet synergique, ce qui permet l'amélioration des conditions de vie et de santé des aînés et optimise le maintien et l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

Les CSSS participants ont bénéficié d'un accompagnement visant à les soutenir dans l'intégration de la responsabilité populationnelle dans l'ensemble de leurs activités. C'est à travers l'utilisation du modèle VES que se font ces apprentissages lorsque les CSSS intéressés choisissent comme dossier prioritaire les personnes aînées. Dans le contexte de cette expérimentation, les équipes VES de l'INSPQ et de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle (IPCDC) ont accompagné les CSSS et leurs partenaires.

L'évaluation a cherché à répondre aux questions suivantes :

- L'approche véhiculée par le modèle VES est-elle utilisée et comment?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'appropriation du modèle VES, tant pour bonifier ce qui se fait dans les réseaux étudiés que pour faciliter sa transférabilité vers d'autres réseaux locaux de services?

Le processus évaluatif a porté sur les années 2012 et 2013; il repose sur de nombreuses sources d'information complémentaires. Les limites de l'évaluation comprennent la complexité de bien capter les changements compte tenu d'un environnement dynamique, d'acteurs diversifiés et d'un accompagnement réalisé au rythme des milieux, avec des adaptations guidées par un processus réflexif continu.

Les stratégies utilisées pour relever ce défi incluent le choix de la démarche évaluative de type développemental (Patton, 2011), et une participation régulière durant 16 mois aux comités de pilotage et aux rencontres intersectorielles reliées aux projets.

Le nombre limité de milieux et leur caractère rural limitent la capacité d'extrapoler les résultats à l'ensemble des CSSS et de leur réseau local de services (RLS). En effet, les territoires de municipalités régionales de comté (MRC) sur lesquels se déroulent les projets sont singuliers : les municipalités sont peu peuplées et dispersées; on y retrouve un petit nombre d'établissements de santé et de services sociaux, ce qui facilite les liens avec les acteurs intersectoriels. Ces MRC confrontés à un vieillissement démographique accéléré et certaines municipalités doivent contrer un risque de dévitalisation. Les enseignements tirés des résultats devront donc être adaptés à la réalité des nouveaux milieux intéressés par l'approche VES.

¹⁰ Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et A. Tourigny (2008).

Pour bénéficier de cet accompagnement, les CSSS doivent respecter certaines conditions garantes de succès pour l'introduction de changements importants au sein d'une organisation et, par extension, d'un réseau. Ce sont les suivantes :

- L'engagement formel de la haute direction des CSSS et de leurs conseils d'administration; la collaboration des ASSS au soutien des CSSS; une participation aux activités visant le développement des capacités pour implanter le concept de responsabilité populationnelle;
- L'ouverture du CSSS et de son RLS aux acteurs intersectoriels, notamment le milieu municipal;
- L'engagement sur 18 mois d'un chargé de projet local affecté minimalement à mi-temps à la réalisation de projets liés au modèle VES;
- La formation d'un comité de pilotage incluant des acteurs stratégiques du CSSS pour suivre l'appropriation du modèle, tant à l'interne qu'à l'externe du CSSS.

Les résultats

L'APPROCHE VÉHICULÉE EST-ELLE UTILISÉE ET COMMENT?

Un ensemble de stratégies a favorisé l'utilisation du modèle dans les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et CSSS participants et leurs réseaux. Suite à la réalisation d'activités de formation sur le modèle VES, il y a eu un engagement formel des hautes instances organisationnelles quant à la priorité d'agir auprès des aînés, et ce, en préconisant l'application de ce modèle. Des ententes de collaboration ont été entérinées par les CSSS, des comités de pilotage ont été mis en place localement et des suivis réguliers de l'implantation du modèle ont été prévus du côté des ASSS.

Outre les mesures encadrant la réalisation des projets étudiés, les CSSS et les agences concernées ont utilisé deux stratégies complémentaires pour favoriser l'adhésion au modèle VES et son application dans leur milieu respectif : la mise en place de comités stratégiques intersectoriels et la réalisation d'événements intersectoriels de plus grande envergure ciblant la diversité des acteurs concernés par l'application du modèle VES.

- Dans une région, des acteurs clés (ASSS, Conférence régionale des élus et Table de concertation régionale des aînés) se sont alliés pour développer une vision commune du vieillissement et pour mobiliser les forces vives du milieu quant à l'importance du vieillissement actif. Un événement régional d'envergure a porté sur la thématique des aînés et le modèle VES y a été présenté et discuté. Une rencontre de suivi a par la suite réuni des partenaires régionaux en vue d'établir un agenda de travail.
- Sur un territoire local, un comité stratégique à forte représentation municipale a soutenu la réalisation d'un événement visant le développement de stratégies concertées pour favoriser une saine alimentation des aînés. Les participants ont identifié des liens de complémentarité permettant d'améliorer leurs actions en intégrant plusieurs axes du modèle VES. Des échanges ont eu lieu dans les mois qui ont suivi entre certains des organismes présents pour donner suite aux discussions amorcées.

À l'interne des CSSS, des démarches se sont mises en place pour favoriser l'application du modèle VES. Des comités conjoints ont regroupé les programmes ou les directions et ont recherché une vision plus intégrée des besoins et des interventions. Au plan clinique, des formations ont consolidé le travail en interdisciplinarité. La qualité de vie a davantage été prise en considération et on a mis davantage sur les services de proximité; le renouvellement d'ententes de services dans des milieux résidentiels a inclus la présence d'activités visant à mobiliser davantage les aînés. Ailleurs, des alliances se sont créées avec des partenaires de la communauté pour repérer les aînés vulnérables.

Plus largement, les tables jusqu'alors consacrées aux personnes âgées en perte d'autonomie se sont préoccupées de l'ensemble des aînés ainsi que des personnes interagissant régulièrement avec eux. Les actions touchant l'environnement ont été perçues comme pouvant être bénéfiques pour plusieurs groupes d'âge et dans plusieurs situations non liées à l'âge. Ainsi, l'intérêt pour les liens intergénérationnels s'est traduit par un souci de rendre accessibles certaines activités aux différents groupes d'âge.

Des changements ont également observés dans les activités de concertation avec les acteurs intersectoriels. Le projet encourage l'implication des CSSS auprès des milieux municipaux de leur territoire participant aux démarches Municipalités amies des aînées. La concertation intersectorielle facilite le repérage d'un plus large éventail de sources de financement pour des actions touchant différents volets de la vie des aînés et la présence de priorités collectivement partagées favorise l'obtention des fonds. Les rapprochements se sont traduits, pour certains, par des engagements financiers solidaires lors de projets jugés pertinents et importants, rendant possible la réalisation de projets novateurs.

La participation des aînés a continué de représenter un défi, tant pour les mobiliser et créer des conditions propices à leur pleine participation que pour élargir leur contribution qui consiste principalement à les consulter et à partager de l'information.

QU'EST-CE QUI POURRAIT ÊTRE FAIT POUR AMÉLIORER L'ADOPTION DU MODÈLE VES TANT POUR BONIFIER CE QUI SE FAIT DANS LES RÉSEAUX ÉTUDIÉS QUE POUR FACILITER SA TRANSFÉRABILITÉ DANS D'AUTRES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES?

La satisfaction des participants à l'égard de l'accompagnement reçu dans le cadre du projet est élevée et elle est détaillée dans le rapport. Les principaux aspects retenus pour améliorer la réalisation des projets sont les suivants :

Pour améliorer l'adoption du modèle

- Ne pas tenter d'appliquer à court terme le modèle dans toutes ses dimensions et envisager des options pour le présenter plus succinctement ou par étape;
- Favoriser une approche à géométrie variable, où tous n'ont pas à maîtriser de manière aussi approfondie le modèle, et où des relais locaux développent progressivement leur propre aisance en fonction de leurs auditoires respectifs;
- Se centrer davantage sur le changement de perspective sous-jacent au modèle en faisant valoir qu'il ne s'agit pas d'en faire plus, mais plutôt de faire autrement;

- S'assurer de coopter précocement les acteurs intersectoriels, et être sensible aux différences de langage et aux adaptations requises. Ne pas oublier que pour ces acteurs, l'enjeu du VES s'ajoute à plusieurs autres. Cette réalité peut entraîner des délais dans l'avancement du projet.

Pour améliorer son opérationnalisation

- Les acteurs locaux et régionaux détiennent des savoirs d'expérience sur leurs propres réalités et on doit leur reconnaître la capacité d'ajuster leurs actions en conséquence. L'horizon temporel et les stratégies requises pour progresser ne sont pas nécessairement les mêmes d'un milieu à l'autre. La flexibilité est donc nécessaire.
- Les efforts visant l'appropriation du modèle VES par les CSSS et leur RLS se sont appuyés sur une description objective de la situation des aînés sur le territoire. Cette étape implique des exigences de rigueur et d'exhaustivité et doit souvent être complétée par l'utilisation de données moins standardisées qui requièrent, sur le plan local, du travail complémentaire de validation. Ces exercices se révèlent régulièrement plus énergivores qu'il n'y paraît à l'origine. Il semble exister un besoin de concertation dans les contributions nationales, régionales et locales pour la production de ces portraits.
- Chaque acteur impliqué dans l'accompagnement du projet détient des capacités propres qui doivent être optimisées :
 - Les agences détiennent des compétences et des capacités qui sont utiles non seulement pour la description des réalités locales, mais aussi pour favoriser le partage des savoirs. Les intervenants des CSSS sentent le besoin d'être accompagnés pour adapter leurs interventions quotidiennes au développement des connaissances. Ils ont des attentes envers les instances régionales pour répondre à ces besoins d'accompagnement.
 - Un accompagnateur comme l'IPCDC détient une expertise dans le rehaussement des compétences et des capacités requises pour intégrer et appliquer le concept de RP au niveau local, en concertation avec l'agence régionale. Les CSSS reconnaissent l'intérêt d'un regard externe pour dénouer des impasses au niveau régional ou local.

- L'INSPQ détient une forte crédibilité à titre d'expert. On tient pour acquis, de manière implicite, que les connaissances utilisées par l'INSPQ respectent les critères de scientificité, et que ses experts détiennent l'heure juste quant aux activités pertinentes et efficaces en promotion de la santé et en prévention.
- Le réseautage avec des CSSS ayant relevé des défis similaires aux leurs a été fortement apprécié. Cela leur a permis de mieux cerner les forces et les limites de leurs propres stratégies, et leur a souvent donné accès à des outils déjà développés pour structurer leurs actions. Inversement, les CSSS participants et leurs partenaires ont perçu que leur propre expérience pouvait servir d'inspiration à d'autres milieux, une source de fierté et de valorisation.
- Tous les CSSS ont exprimé le désir d'évaluer leur projet VES et le besoin d'un soutien à cet égard. Les ASSS sont identifiées comme les instances pouvant fournir ce soutien, mais elles sont perçues comme peu outillées pour y répondre.

1 Introduction

En utilisant le modèle conceptuel du Vieillesse en santé¹¹, ce projet vise l'appropriation et l'utilisation par les milieux étudiés d'une approche multiaxiale visant à mieux répondre à l'ensemble des besoins des aînés autonomes et moins autonomes du territoire dans une perspective systémique et intégrée. Le modèle VES favorise l'identification d'un large éventail de leviers d'action pour améliorer les conditions de vie et la santé des aînés.

Les défis posés par le vieillissement accéléré de la population québécoise interpellent l'ensemble des acteurs de la société, incluant ceux du secteur de la santé et des services sociaux. Ce vieillissement se poursuivra au cours des prochaines décennies et s'accompagnera, d'ici 2056, d'un accroissement des groupes les plus âgés (75-89 ans et 90 ans et plus). On prévoit qu'il y aura alors près de 30 % de la société québécoise âgée de 65 ans et plus¹². Le vieillissement démographique est une réalité contemporaine qui s'accompagne d'une grande hétérogénéité parmi les personnes âgées de 65 ans et plus.

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives européennes et canadiennes ont été menées pour s'ajuster à cette réalité. Elles positionnent le vieillissement dans une vision positive des parcours de vie, en rappelant qu'il bénéficie d'une adaptation soutenue des actions à visée préventive, et que les conditions permettant d'optimiser le vieillissement doivent s'inscrire dans une perspective systémique. De plus, elles rappellent que plusieurs des mesures de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque qui concernent les aînés ont également des répercussions positives pour tous les groupes d'âge et, particulièrement, pour les enfants, les jeunes familles et les personnes handicapées.

Le modèle VES résulte d'une revue de 14 modèles ou cadres publiés dans les écrits scientifiques, incluant celui de l'Organisation mondiale de la Santé (2002). Il souligne l'importance d'agir auprès de toutes les personnes vieillissantes, peu importe leur santé ou leur niveau d'autonomie; il introduit une analyse holistique de leur réalité et propose d'enrichir l'intervention en

¹¹ Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et A. Tourigny (2008).

¹² Institut de la statistique du Québec, 2009.

tenant compte de neuf axes. Leur prise en compte a deux effets : d'une part, enrichir les interventions existantes à travers une lecture plus globale qui invite à considérer régulièrement des perspectives intersectorielles; et, d'autre part, identifier des interventions pertinentes dans des secteurs peu investis (voir Figure 1). L'application du modèle entraîne l'identification d'un ensemble de mesures agissant tant sur différents déterminants de la santé que sur des contributions ciblées du système de soins et services. Les actions combinées de ces différentes mesures ont le potentiel de produire des effets synergiques.

Ce modèle, utilisé sur une base territoriale, s'inscrit dans une perspective de RP. Il vise une amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble des personnes âgées, il implique une analyse de la réalité du territoire et il propose des leviers d'action contributives à la santé et au bien-être avant, pendant et après l'apparition des problèmes sociaux et de santé. L'exercice de cette RP implique une responsabilité collective partagée entre les partenaires sectoriels et intersectoriels du RLS. Depuis 2004, ce sont les CSSS qui détiennent le mandat d'animer la concertation qui permet l'exercice de cette RP.

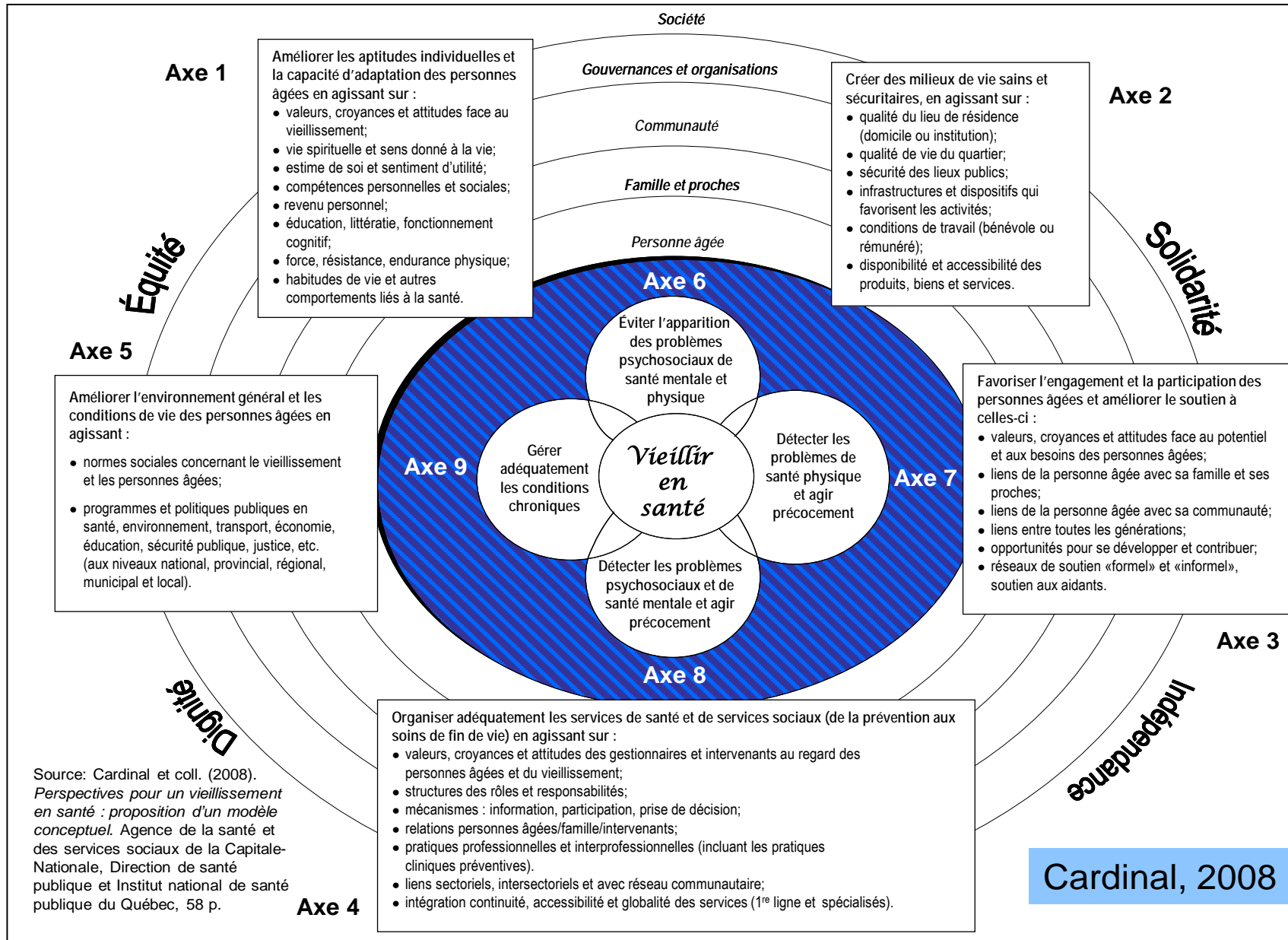
En 2010, l'INSPQ soutient l'expérimentation de ce modèle auprès de RLS intéressés. L'INSPQ est aussi l'un des membres du Consortium IPCDC. Celui-ci a mis en place, depuis 2005, des stratégies et des outils¹³ favorisant l'appropriation et l'exercice de la RP des CSSS, principalement à travers le développement des capacités et l'accompagnement des CSSS et de leurs partenaires. C'est ce qui explique l'interaction étroite développée entre l'équipe VES et l'équipe IPCDC dans la réalisation de ce projet. L'équipe VES de l'INSPQ est mise à contribution pour « adapter et mettre à profit l'expertise de l'Institut au regard du vieillissement en santé pour faciliter la réalisation de projets populationnels des CSSS et de leurs partenaires. Cette collaboration s'inscrit dans un processus continu d'accompagnement et de coconstruction des actions »¹⁴.

Pour aider le lecteur à se familiariser avec certaines structures, certains rôles, certains programmes mentionnés, un glossaire fournit quelques explications. Ainsi, la présence d'un astérisque indique au lecteur la possibilité de consulter ce glossaire.

¹³ Ces stratégies et ces outils sont disponibles sur le bureau virtuel de l'IPCDC : www.ipcdc.qc.ca/

¹⁴ Devis détaillé de projet d'innovation et d'optimisation, projet scientifique de l'INSPQ (2010). *Le vieillissement en santé : un moyen de vivre pleinement sa vie*, p. 1.

Figure 1 Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel



2 Brève description de la mise en place des projets VES

Le projet vise l'appropriation et l'utilisation du modèle VES sur l'étendue du continuum de soins et services. Cela inclut la planification et l'implantation d'activités de promotion et de prévention auprès de la population d'aînés autonomes et moins autonomes, en les adaptant aux conditions locales et régionales des trois RLS participants. Le modèle VES illustre la préoccupation d'aborder les interventions touchant les aînés de manière holistique, à travers une analyse s'inspirant des axes du modèle.

Les RLS participants se déploient en milieu rural, sur les territoires de municipalités régionales de comté (MRC*). Dans deux territoires, la MRC correspond à la totalité du territoire couvert par le CSSS. Dans le troisième territoire, le CSSS dessert plusieurs MRC, dont celle étudiée aux fins du projet.

Les démarches initiales ont été menées par les acteurs IPCDC* auprès de la haute direction des agences régionales et des CSSS, pour vérifier leur intérêt à saisir leur offre de soutien dans l'application de la RP*. Les CSSS qui désiraient participer ont dû l'officialiser par un engagement stratégique formel de leur haute direction et de leur conseil d'administration. Ils devaient aussi identifier le dossier qui servirait de pilote à l'application de la RP au sein de leur organisation et de leur RLS. L'accompagnement fourni par l'IPCDC repose sur une analyse populationnelle des problèmes et des besoins, et encourage la participation, au cours de cette démarche, des acteurs intersectoriels du territoire qui sont interpellés par les enjeux liés au dossier.

En présence d'intérêt à agir auprès des aînés, les experts VES de l'INSPQ se joignent à la démarche pour présenter et expliquer le modèle VES. Lorsque la décision est prise de retenir le VES comme projet organisationnel et territorial, un comité de pilotage est formé. Il inclut des acteurs de niveau stratégique. C'est à travers les rencontres de ce comité que se fait le suivi périodique de l'évolution du projet VES, d'une part, pour s'assurer que la perspective préconisée influence les différents niveaux décisionnels et, d'autre part, pour suivre la réalisation des activités déployées. Ce suivi s'inscrit dans une logique opérationnelle de gestion de projet.

Ces projets initiaux ont bénéficié d'un budget transitoire soutenant le financement¹⁵ à mi-temps d'un chargé de projet responsable du projet VES pour une période de 18 mois, et ce, dans chacun des RLS participants. Dans certains RLS, les partenaires ont également contribué au financement pour que ce chargé de projet travaille à temps plein. Pour l'un d'entre eux, le chargé de projet provenait du milieu municipal. Les projets étudiés ont commencé à se déployer à la fin de l'année 2011.

Les conditions de succès recherchées dans les milieux participants sont les suivantes : l'engagement du directeur général et du personnel, l'allocation des ressources nécessaires, la présence d'un chargé de projet œuvrant minimalement à mi-temps, un suivi régulier et rigoureux par des équipes stratégiques et opérationnelles, et le renforcement des compétences requises sur le plan de l'organisation¹⁶. L'accompagnatrice travaille avec chacun des CSSS et leur RLS à la réalisation du projet retenu. Elle favorise le maillage entre les connaissances scientifiques et les savoirs des acteurs en présence, ainsi qu'avec les expériences pertinentes d'autres territoires locaux. Elle contribue à la réalisation d'activités de formation jugées pertinentes.

Au niveau local, les chargés de projet assument, à la suite de leur maîtrise du modèle et de son approche, un rôle de traduction auprès des acteurs locaux qui sont interpellés dans l'action, notamment auprès des acteurs intersectoriels du réseau local. Cependant, tous les milieux ont dû composer avec des absences temporaires de leur chargé de projet pour différentes raisons : vacances ou maladie, changement d'emploi et départ à combler, etc. Ces absences ont pu s'accompagner d'un investissement plus limité du personnel assurant l'intérim.

S'y ajoute une contribution régionale qui évoluera au fil du temps, ce qui amènera des ajustements de l'accompagnement au cours du projet. Dans les deux agences, ce sont des professionnels des directions de la santé publique qui ont été mandatés pour soutenir l'accompagnement des milieux.

¹⁵ Subvention fournie par la Direction générale du personnel réseau et ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'IPCDC.

¹⁶ Site <http://www.ipcdc.qc.ca/activit%C3%A9s-de-soutien/accompagnement-des-csss-et-de-leurs-partenaires>, consulté le 17 juillet 2014.

Les liens entre tous ces acteurs se modulent tout au long de l'évolution des projets, avec des couleurs locales et régionales.

D'un commun accord, c'est à travers leur expérience mutuelle en cours de processus que les accompagnateurs IPCDC et VES ont ajusté leurs rôles, responsabilités et contributions respectives. L'accompagnement s'est modulé aux besoins exprimés par les acteurs des milieux, selon la nature des demandes et l'évolution des projets.

3 Questions d'évaluation et méthodologie

L'évaluation a cherché à répondre aux questions suivantes¹⁷ :

- L'approche véhiculée par le modèle du Vieillesse en santé est-elle utilisée et comment?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'appropriation du modèle VES tant pour bonifier ce qui se fait dans les réseaux étudiés que pour faciliter sa transférabilité dans d'autres réseaux locaux de services?

Pour répondre à la première question, les aspects retenus ont été les suivants :

- Les stratégies utilisées pour favoriser l'adoption du modèle dans les ASSS et CSSS participants et leurs réseaux;
- Les changements observés dans les activités concernant les personnes âgées;
- Les changements observés dans la concertation intersectorielle;
- La représentation et la participation des personnes âgées;
- Les facteurs favorisant l'introduction des changements;
- Les facteurs contraignant l'introduction des changements.

Pour répondre à la deuxième question, la recherche s'est intéressée d'abord à l'accompagnement fourni aux trois milieux, en documentant le point de vue des

acteurs concernés, leurs perceptions des forces et des limites de cet accompagnement et les questionnements qu'il suscite. Par la suite, quelques constats ont été dégagés des bilans effectués par les accompagnateurs centraux au cours de la réalisation de ces projets.

L'évaluation a porté principalement sur les années 2012 et 2013; l'observation participante s'est déroulée de septembre 2012 à janvier 2014.

3.1 Les orientations théoriques

Sur le plan des orientations théoriques, la démarche évaluative s'inspire de l'approche d'évaluation développementale préconisée par Patton¹⁸, et ce, parce que les trois milieux étudiés vivent concurremment plusieurs processus de transformation. Ainsi, les réalités contextuelles locales et régionales sont différentes et s'interfaçent; elles touchent à la fois et différemment les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux et ceux des autres secteurs de la vie en société.

Le déroulement des projets et une meilleure connaissance des réalités vécues par les milieux étudiés ont d'ailleurs rapidement montré la présence de transformations à des rythmes variés propres aux différents milieux. À titre d'exemple :

- la décroissance démographique et les risques de dévitalisation présents dans les milieux étudiés opèrent sur de longues périodes;
- différents programmes gouvernementaux touchent certains axes du modèle VES et représentent des leviers pour son application. Ils jouent le plus souvent sur des horizons de moyen terme, et leur utilisation varie d'un territoire à l'autre. On peut aussi ajouter sur cet horizon de moyen terme les ajustements apportés par chacun des CSSS pour répondre aux restrictions budgétaires successives en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- enfin, il a fallu composer avec les soubresauts découlant de départs et d'arrivées parmi le personnel impliqué dans le déroulement du projet (départs, absences imprévues, délais d'embauche, etc.); ils ont eu des effets à plus court terme.

¹⁷ Aubé, D. (2012).

¹⁸ Patton M.Q. (2011).

Par ailleurs, le projet implique des articulations multiples entre différents accompagnateurs dont les rôles respectifs se redéfinissent au fur et à mesure que progresse l'implantation du modèle et de son approche.

Ainsi, au niveau central, l'accompagnement met constamment en interaction des acteurs affectés à soutenir l'exercice de la RP, à travers un projet organisationnel spécifique, et des experts VES affectés à l'appropriation optimale du modèle VES en vue de susciter des transformations intégrant son approche multiaxiale. D'entrée de jeu, ces acteurs ont convenu d'interagir en coconstruction, et il n'est pas possible de dissocier clairement leur contribution respective à l'appropriation et l'utilisation du modèle proposé. Malgré des pointes d'expertise distinctes, leurs compétences et leurs habiletés se chevauchent régulièrement. En fait, le processus retenu s'accommode de ces frontières imprécises et profite au passage des effets synergiques qui en découlent.

L'évaluation développementale proposée par Patton accorde une place importante à l'observation et aux échanges réguliers avec les différents acteurs concernés pour dégager une compréhension partagée des réalités influençant le déroulement du projet. Cette stratégie est donc adaptée au processus de coconstruction utilisé.

Ainsi, c'est à travers une compréhension partagée des différentes facettes du projet, dans leurs aspects positifs et négatifs, que seront proposés les ajustements susceptibles d'aider tant les projets en cours que d'autres à venir ayant les mêmes fins. Cette évaluation est d'autant plus pertinente du fait que déjà plusieurs CSSS ont manifesté leur intérêt pour adopter le modèle VES dans la structuration de leurs approches et de leurs interventions touchant les personnes âgées de leur territoire.

3.2 Les sources d'information utilisées

Quatre sources d'information ont été utilisées pour réaliser l'évaluation.

3.2.1 LES ENTREVUES QUALITATIVES

La première source d'information provient de onze entrevues qualitatives dont six individuelles et cinq regroupant deux ou trois personnes. Deux d'entre elles ont été réalisées en mars et en novembre 2013¹⁹ et les neuf autres au printemps 2014. Au total, 16 acteurs aux profils diversifiés et œuvrant à la réalisation du projet ont été interviewés; leur répartition est décrite dans le tableau 1.

Tableau 1 Provenance des personnes rencontrées

	Acteurs locaux (n = 12)	Acteurs régionaux (n = 4)
Secteur santé et services sociaux	3 chargés de projet [£] 6 de CSSS ^{££}	2 des agences régionales de la santé et des services sociaux.
Autres secteurs	1 d'une municipalité régionale de comté; 2 d'un centre local de développement.	1 de la Conférence régionale des élus; 1 de la Table de concertation régionale des aînés.

[£] Un des chargés de projet est issu du monde municipal.

^{££} Trois acteurs ont des rôles stratégiques, deux ont des rôles tactiques et un a des rôles opérationnels.

Le canevas d'entrevues portait sur ce qu'a rendu possible ou influencé l'utilisation du modèle VES, sur l'appréciation des conditions gagnantes, des difficultés rencontrées, et des défis pour l'avenir. Pour les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, il inclut le regard porté sur l'accompagnement reçu : leur satisfaction, ses forces, ses limites et les pistes d'amélioration. Selon l'implication des personnes rencontrées, les entrevues ont duré de 30 à 90 minutes. Elles ont été enregistrées, et un consentement écrit a été obtenu de la part de tous les participants, à la suite

¹⁹ L'évaluatrice a eu accès au verbatim de deux entrevues réalisées en mars et en novembre 2013 avec les trois mêmes participants. Ils avaient eux-mêmes manifesté le désir que le contenu de ces entrevues soit utilisé, puisqu'il permettait de répondre aux questions d'évaluation.

d'une explication écrite et verbale de l'utilisation et du traitement prévus des informations obtenues.

3.2.2 L'OBSERVATION PARTICIPANTE

Elle comprend deux parties :

- La participation à neuf comités de pilotage et à trois activités intersectorielles réalisées à l'automne 2012 et en 2013;
- La participation à des activités de type bilan :
 - Six rencontres avec les accompagnateurs IPCDC et VES et des acteurs régionaux (février 2013 - janvier 2014);
 - Une rencontre réalisée avec les accompagnateurs VES à l'été 2013.

3.2.3 LA CONSULTATION DE DOCUMENTS ÉCRITS

Ces documents sont de trois ordres :

- Ceux liés à la réalisation des rencontres;
- La majorité des outils et documents de référence utilisés dans le cadre de la démarche;
- Un bilan rétrospectif et réflexif réalisé individuellement par deux accompagnateurs centraux auprès des CSSS participants.

3.2.4 LES SOURCES COMPLÉMENTAIRES

D'autres sources d'information complémentaires ont été utilisées pour approfondir la compréhension du projet. Mentionnons par exemple : le site internet des MRC concernées; des données produites par l'Institut de la statistique du Québec; le guide d'accompagnement pour la réalisation des démarches Municipalités amies des aînés* (MADA); les politiques et plans d'action municipaux réalisés par les municipalités participantes (n = 13); divers sites internet sur les programmes ou instances mentionnés au fil du projet (ex. : Appui, programme PAIR, Tables de concertation régionale des aînés* [TCRA], Centre local de développement* [CLD], Conférence régionale des élus* [CRE], etc.).

3.3 Le traitement de l'information

Le verbatim des entrevues a fait l'objet d'une codification systématique à partir des thématiques retenues, en lien avec les questions d'entrevue et les questions d'évaluation. Par la suite, les informations ont été progressivement regroupées et intégrées.

Concernant l'observation participante, les données accumulées tout au long de la période d'observation ont fait l'objet de synthèses successives pour en arriver à un aide-mémoire global plus succinct, regroupant les informations par année et par milieu. Les données tirées de l'observation participante et des documents écrits ont par la suite fait l'objet d'une analyse de contenu en fonction des questions de recherche.

Bien que les milieux locaux et régionaux étudiés soient distincts, les informations n'ont pas été traitées par milieu et les catégories d'informateurs demeurent larges, par souci de confidentialité. Les éléments retenus le sont pour leur pertinence : le plus souvent, ils ont été régulièrement ou maintes fois mentionnés. Il arrive qu'ils découlent davantage de la réalité d'un seul milieu lorsque nous avons estimé que l'information a une portée générale jugée utile.

3.4 Forces et limites de l'évaluation

Plusieurs éléments contribuent à la force de cette évaluation : les nombreuses sources d'information utilisées, de nature qualitative et descriptive; leur complémentarité; l'étalement de la durée d'observation sur plus de 16 mois, et la possibilité en tout temps de revenir aux sources primaires (verbatim et comptes rendus). Notons également l'intérêt et la grande complicité des acteurs concernés par le projet et par son évaluation.

Les limites de cette étude portent sur les défis posés par sa complexité : capter les changements visés par l'utilisation et l'application du modèle auprès d'acteurs sectoriels et intersectoriels; tenir compte de la singularité des milieux concernés et de leurs acteurs respectifs; porter un jugement le plus éclairé possible sur les activités de nombreux accompagnateurs, réalisées au rythme des milieux, avec des adaptations successives guidées par un processus de coconstruction.

Pour s'assurer de bien capter cette complexité, le rapport s'est construit à travers différentes étapes :

- La présentation et la discussion des résultats préliminaires avec des experts de l'interne et de l'externe. D'entrée de jeu, ils ont exprimé leur aisance avec les choix méthodologiques et les résultats. Ils ont surtout cherché à approfondir la signification et la portée de ces résultats, ainsi que la compréhension des éléments de contexte;
- Des séances de travail sur la manière optimale de structurer les résultats à partir des questions d'évaluation (acteurs INSPQ). Ce fut également l'occasion de préciser certains résultats et de clarifier leur présentation;
- Le recours à deux lecteurs externes détenant des expertises spécifiques : l'un sur l'étude des processus d'accompagnement entrepris auprès des RLS, l'autre sur le développement et l'application du modèle VES lui-même.

Compte tenu du temps requis pour entreprendre les changements associés à l'approche VES, il aurait été intéressant de poser un regard évaluatif à moyen terme (en particulier sur l'implication des personnes âgées), ce que l'échéancier du projet ne permettait pas.

Le nombre limité de milieux et leurs particularités limitent la capacité d'extrapoler les résultats à l'ensemble des RLS. Rappelons que les trois milieux étudiés sont situés en milieu rural. S'y rattachent les caractéristiques suivantes : moins d'établissements, une connaissance facilitée des acteurs intersectoriels entre eux, une faible densité humaine avec des municipalités peu peuplées dispersées sur le territoire. Ces milieux sont déjà confrontés à un vieillissement démographique accéléré, et certaines municipalités doivent composer avec des enjeux de dévitalisation. Les enseignements devront être adaptés à la réalité des nouveaux milieux désirant s'approprier l'approche VES.

Enfin, pour bénéficier de l'accompagnement, les CSSS participants ont dû respecter un certain nombre de conditions de succès favorisant l'introduction de changements dans leur organisation et dans leur réseau. Il faut aussi en tenir compte dans l'appréciation des résultats.

4 Résultats

Avant la présentation des résultats, voici quelques données décrivant la situation démographique et économique des trois territoires de MRC où s'est déroulée l'évaluation. Ces informations fournissent une toile de fond utile pour comprendre l'intérêt des CSSS concernés à participer au projet.

Les trois MRC sont localisées en milieu rural et se caractérisent par un vieillissement démographique plus marqué que la moyenne québécoise. Plus de 19 % de la population y ont 65 ans et plus alors que la moyenne québécoise est de 16,6 % (ISQ, 2013). Elles regroupent entre 16 et 20 municipalités et chaque MRC n'inclut qu'une seule ville d'un peu plus de 5000 habitants. Les perspectives démographiques en termes de croissance sont moins favorables que la moyenne québécoise, particulièrement pour la troisième MRC pour laquelle on prévoit une diminution de près de 8 % de sa population entre 2006 et 2031. Enfin, le revenu disponible des ménages par habitant y est inférieur à la moyenne québécoise. C'est ce qu'illustre le tableau 2.

Tableau 2 Description de quelques variables caractérisant les milieux étudiés, données de 2012

	MRC 1	MRC 2	MRC 3
Pourcentage des municipalités de 0 à 499 h ²⁰	30 %	70 %	70 %
Pourcentage des municipalités de 500 à 5999 h ²¹	70 %	30 %	30 %
Perspectives démographiques ²² (Variation 2031/2006)*	8,9 %	1,1 %	-7,7 %
Revenu disponible des ménages par habitant**	25 344 \$ (96 %)	21 700 \$ (82 %)	21 723 \$ (82 %)

* Moyenne québécoise : 15,8 %.

** () Pourcentage du revenu disponible des ménages par habitant comparativement à la moyenne québécoise de 26 347 \$; tiré de ISQ 2013, *Bulletin FLASH* : Revenu disponible, Édition 2013, 8 p.

²⁰ <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/>.

²¹ *Ibidem* 13.

²² <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region>.

Les résultats sont présentés en fonction des questions d'évaluation. Lorsque cela est jugé nécessaire, la source d'information est indiquée. Souvent, les résultats présentés intègrent plusieurs sources d'information.

4.1 L'approche véhiculée par le modèle du Vieillesse en santé est-elle utilisée et comment?

4.1.1 LES STRATÉGIES UTILISÉES POUR FAVORISER L'UTILISATION DU MODÈLE DANS LES ASSS ET CSSS PARTICIPANTS ET LEURS RÉSEAUX

Pour les milieux ayant manifesté de l'intérêt pour l'offre d'accompagnement, des présentations sur la RP ont eu lieu aux différents niveaux des organisations concernées, tant à l'interne qu'auprès des partenaires intersectoriels, notamment ceux du monde municipal. Lorsque le dossier d'application retenu touchait les personnes âgées, les experts de l'INSPQ se joignaient aux présentations pour expliquer le modèle VES. Par la suite, un questionnaire d'autoévaluation de la mise en œuvre de la RP était rempli par les gestionnaires du CSSS. Des activités de formation ont ensuite eu lieu, notamment sur la RP, l'influence stratégique et le modèle VES. Il y a donc eu une sensibilisation élargie au concept de RP et au modèle VES, et ce, avant le démarrage des projets. Ces échanges répétés ont mis en œuvre le changement de culture requis pour agir autrement. De plus, dans un des milieux, un gestionnaire avait réalisé le programme FORCES* de la Fondation canadienne sur l'amélioration des services de santé, un atout pour le déroulement du projet.

Du côté des CSSS, des ententes de collaboration ont été entérinées par les conseils d'administration et ont fait l'objet de suivis. Du côté des agences, un suivi était régulièrement fait par le président-directeur général et le directeur de santé publique quant à l'évolution des travaux locaux : des rencontres statutaires, en l'occurrence IPCDC-Agence, portaient sur l'implantation de la RP à travers l'appropriation du modèle VES.

Par la suite, des comités de pilotage ont été créés et ont regroupé les accompagnateurs centraux, des acteurs stratégiques de l'organisation, le chargé local du projet et un membre de la direction de santé publique de l'ASSS participant à l'offre de soutien local. Ces comités de pilotage ont été l'occasion pour les

accompagnateurs centraux de répondre aux besoins de soutien manifestés par les milieux, mais aussi de rappeler l'importance, par exemple, de documenter leur situation, de connaître les besoins non exprimés, de rechercher la participation des populations ciblées, d'inclure le souci d'évaluer pour savoir comment s'ajuster. La collaboration des agences, acquise dès le départ, s'est développée en cours d'accompagnement avec un souci partagé de cohérence dans les décisions prises sur le plan local et régional.

Ces rencontres ont aussi permis de remettre régulièrement au programme l'importance stratégique des liens intersectoriels dans l'application du modèle VES, notamment avec le monde municipal. En effet, celui-ci détient des leviers touchant plusieurs des axes du modèle. Des représentations y ont aussi été faites pour favoriser le rapprochement entre les CSSS et la MRC à l'occasion des démarches Municipalités amies des aînés (MADA*). Il s'agissait là d'une belle occasion d'illustrer sur le terrain l'utilité et la pertinence de l'approche multiaxiale du modèle VES.

Du côté organisationnel, plusieurs initiatives stratégiques ont été développées pour soutenir l'adoption du modèle et de son approche dans le développement des dossiers touchant les aînés. Ainsi, pour rendre explicite l'importance que soit endossé le positionnement adopté, les hautes directions des trois CSSS et des deux agences concernés ont formellement établi comme une priorité l'importance d'agir auprès des personnes âgées, et ce, en préconisant l'application du modèle VES. Cet engagement se confirme dans différents documents ayant une portée stratégique.

Pour favoriser l'adhésion du modèle par les partenaires locaux et régionaux, et pour favoriser son utilisation de manière intégrée, trois comités stratégiques ont été créés ou ont intégré le projet dans leurs priorités. L'un d'entre eux détient une portée régionale, et les deux autres, une portée locale. Voici une brève description de ces comités, pour illustrer leur portée :

- Un comité régional Vieillesse en santé²³ a progressivement pris forme à la suite de l'adhésion de l'ASSS à l'accompagnement des projets dans sa région. Un travail de défrichage a d'abord été réalisé

²³ Le nom du comité évoluera pour devenir le suivant : Vieillessement actif, en santé et sécuritaire.

par les promoteurs qui sont l'ASSS, la CRE et la TCRA. Cette complicité s'est développée tôt dans le processus. Leurs recommandations autour des enjeux associés au vieillissement dans leur région ont inclus : le développement puis le partage régional d'une vision commune du vieillissement, intégrée dans la pratique et dans les décisions prises; l'accentuation des interventions en amont pour préserver le potentiel des personnes; et la mobilisation de toutes les forces vives du milieu quant à l'importance du vieillissement actif;

- Une des structures stratégiques locales pour aider les aînés à vivre en santé dans leur communauté a inclus comme noyau dur une représentation du CSSS, de la MRC - aussi responsable des liens avec les municipalités ayant adhéré aux démarches MADA, et du CLD. Le comité exécutif a coordonné par la suite les liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau municipal dans l'élaboration des politiques municipales familles-aînés réalisées dans le cadre des démarches MADA. L'organigramme inclut un comité VES relevant du CSSS. Ce dernier comprend une représentation élargie du secteur de la santé et des services sociaux (CSSS, milieu médical privé, pharmacie, etc.) et des différents organismes offrant des services aux aînés du territoire local, une représentation des aînés et de secteurs intersectoriels concernés tel l'OMH par exemple. On y retrouve aussi des représentants de démarches intersectorielles bien établies.
- L'autre comité ayant joué localement un rôle stratégique, appelé comité de santé et des services sociaux, comprend une importante représentation des maires du territoire, des gestionnaires du CSSS et des représentants de l'ASSS. Rapidement, il a ajouté à son agenda le rôle de comité consultatif du projet VES. Il est soutenu par deux autres comités : le comité Conjugaison VES-MADA, qui fait le lien avec les démarches MADA du territoire et inclut un agent de développement rural* du CLD; et le comité d'action VES qui s'interface à la fois avec l'équipe de soutien du CSSS et avec l'équipe d'accompagnement du projet, incluant la direction de santé publique de l'ASSS. Ces comités assurent les suivis tactiques et opérationnels des plans de mise en œuvre.

Ces structures ont favorisé la réalisation d'événements à plus grand déploiement. Par exemple, les promoteurs régionaux (ASSS, CRE et TCRA) ont préparé et réalisé en 2012 un événement visant une mobilisation à grande échelle sur la thématique des aînés. À cette occasion, le modèle VES a été présenté comme un outil permettant de mieux s'ajuster à cette réalité, en illustrant la pertinence de son approche multiaxiale pour intervenir de manière systémique et intégrée. Cet événement a regroupé près de 220 participants. Tous les CSSS et toutes les MRC du territoire étaient représentés ainsi que les milieux communautaires, les milieux d'autres secteurs que la santé concernés ainsi que les aînés eux-mêmes. À cette occasion, les participants se sont approprié le modèle VES et ont exprimé une forte adhésion à son propos.

Une rencontre de suivi réalisée quelques mois plus tard a regroupé plus de 25 partenaires régionaux et a permis de partager à nouveau les enjeux associés au VES. Il y a été convenu de rendez-vous une à deux fois par année. Cet engagement à grande échelle devient un facteur de pérennité quant à l'application de l'approche VES régionalement et localement.

Sur un des territoires locaux, le comité stratégique a soutenu la réalisation d'un événement en 2013 visant le développement de stratégies concertées pour favoriser une saine alimentation des aînés. Les participants regroupaient plusieurs maires, plusieurs représentants d'organismes communautaires et des représentants du CSSS. Soixante-cinq personnes ont participé. Les discussions ont permis de faire valoir la possibilité et l'intérêt d'enrichir la portée d'activités ciblées en intégrant l'approche multiaxiale du modèle. Par exemple, le développement de jardins communautaires peut inclure une visée intergénérationnelle (participation sociale), prévoir des mécanismes de transport pour les personnes sans voiture et inclure des activités de cuisine collective pour le développement des compétences en saine alimentation. L'exercice a amené, dans les mois suivants, des représentants d'organismes communautaires présents lors de cette rencontre à créer des liens entre eux pour réfléchir de manière plus concertée à leurs activités respectives.

Les structures mises en place ont donc prévu pour deux des milieux locaux le développement de liens formels entre le réseau de la santé et des services sociaux et le tandem MRC-CLD, en vue de soutenir la

réalisation des démarches MADA. Des zones de complicité se sont aussi développées ou consolidées à cette occasion entre le CSSS, la MRC et le CLD.

Cette structuration du travail collectif a permis l'appropriation partagée du modèle VES, ce qui a constitué une toile de fond favorable aux résultats décrits ci-après.

4.1.2 LES CHANGEMENTS RÉALISÉS DANS LES ACTIVITÉS TOUCHANT LES PERSONNES ÂÎNÉES

Deux des CSSS ont choisi d'appliquer le modèle VES aux personnes âgées de 50 et plus. Le troisième a préconisé une approche touchant tous les âges de la vie. Le choix de ce dernier découle des deux considérations suivantes : du fait que les besoins des personnes âgées correspondent souvent aussi aux besoins de différents sous-groupes de la population ayant des caractéristiques particulières, dépendantes ou non de leur groupe d'âge (ex. : les jeunes familles, les personnes isolées, les personnes souffrant de handicaps ou d'incapacités); et du fait que des interventions précoces sur les déterminants de la santé et du bien-être auront des répercussions positives sur tous les groupes d'âge. Dans ce RLS, la vision retenue est la suivante : « Naitre, grandir et vieillir en santé ».

Cette section identifie des changements diversifiés qui ont été soit décrits par les personnes rencontrées, soit discutés lors des comités de pilotage. Nous présenterons d'abord ceux touchant le système de soins et services, puis ceux qui impliquent des partenaires intersectoriels du RLS.

Sur le plan organisationnel, les participants locaux du secteur de la santé et des services sociaux fournissent plusieurs exemples de démarches visant à favoriser l'appropriation et l'utilisation du modèle VES. Ainsi, cela se traduit par son intégration dans la planification stratégique, dans des choix de priorisation, ou dans l'élaboration de leurs plans d'action. Dans les trois milieux, des retombées structurelles en découlent : des comités conjoints sont formés à l'interne pour favoriser un rapprochement entre les programmes ou les directions, de manière à introduire dans leurs dossiers ou activités respectives touchant les personnes âgées une vision plus intégrée des besoins et des interventions.

Sur le plan clinique, l'intérêt d'améliorer le travail d'équipe dans la gestion et le suivi des maladies chroniques, plus fréquentes chez les aînés, entraîne la planification et la réalisation d'activités de formation sur l'interdisciplinarité et la gestion de cas. Des équipes sont soucieuses de prendre davantage en considération la qualité de vie des aînés, incluant ce que représentent pour eux des services de proximité offerts dans leur milieu de vie. Le modèle est aussi utilisé dans la mise à jour du projet clinique.

« On a revisité le projet clinique Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Notre projet d'organisation était celui-là. On a pris ça plus large pour intégrer d'autres dimensions... On va toucher à beaucoup d'affaires... plan d'action local de santé publique, la promotion-prévention sur l'ensemble du continuum, on va toucher aussi au niveau curatif, les éléments de pratique à faire. »

Dans un RLS, on met en place avec la collaboration de partenaires intersectoriels une stratégie de repérage de personnes âgées vulnérables vivant dans la communauté. Ailleurs, on saisit l'occasion offerte par le renouvellement d'ententes de services pour proposer des activités visant l'amélioration des habitudes de vie de personnes âgées vivant en milieu résidentiel (ex. : activité physique).

« Avec les résidences pour personnes âgées (RPA) en hébergement, avec les entreprises d'économie sociale, lorsqu'on dépose nos protocoles, on peut faire des liens avec la RP. Pour le développement des compétences, pour le développement d'activités dans les RPA. »

Les trois CSSS ont renforcé leur intérêt et leurs alliances pour intervenir en amont de la perte d'autonomie fonctionnelle lorsqu'il est question des aînés.

Sur le plan structurel, on observe une transformation des tables consacrées aux personnes âgées en perte d'autonomie : elles se préoccupent davantage de toutes les personnes âgées, perçoivent d'autres enjeux et ajustent en conséquence leur composition. Le langage s'ajuste, le regard se modifie, les cibles s'élargissent : il est question de « bienveillance » plutôt que de maltraitance, le réseau de soutien prend une connotation plus communautaire et s'élargit aux

personnes susceptibles d'interagir régulièrement avec les aînés. L'approche multiaxiale du modèle aide à prendre conscience que les actions sur l'environnement ont des retombées touchant plusieurs groupes d'âge et plusieurs conditions physiques non liées à l'âge.

On perçoit par ailleurs que l'introduction de conditions favorisant l'accès et la participation des aînés à des activités touchant les saines habitudes de vie (SHV) dépasse le mandat de ces tables et présente une portée plus large. Ainsi, l'ajustement de certaines activités ne ciblant pas au départ les aînés favorise maintenant les liens intergénérationnels (jardins communautaires, activités Vie active et À vélo).

« ...dans le fond, c'est plus le CSSS qui porte le modèle que la table VES, c'est un projet d'intégration et de décloisonnement de la perspective. »

Du côté des ASSS, le modèle VES favorise des changements. Dans une région, il entraîne une mobilisation nouvelle en créant un rapprochement et une concertation des professionnels travaillant sur des dossiers touchant les aînés.

« ...il y a eu création de l'équipe adultes aînés. Une belle carte de visite pour mobiliser les gens autour d'une vision positive du vieillissement. ...au niveau des professionnels, ça leur donne le goût de travailler sur les aînés, il y a des liens interdirectionnels dans l'agence. »

Dans l'autre région, le dossier des aînés et l'utilisation du modèle VES deviennent une cible stratégique de l'agence, qui travaille avec ses directions et avec ses CSSS pour convenir progressivement des stratégies les plus susceptibles d'apporter aux milieux locaux le soutien requis, avec la préoccupation de respecter les missions et responsabilités des uns et des autres et un souci d'efficience.

« VES s'inscrit dans les plans d'action annuels et dans la prochaine planification stratégique de l'agence; il est utilisé et influence dans des contextes diversifiés (MADA, Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale* , dossiers prévention-promotion de la direction de santé publique, etc.). Donc, les gains sur le plan stratégique sont importants. »

4.1.3 LES CHANGEMENTS OBSERVÉS DANS LA CONCERTATION INTERSECTORIELLE

Cela a déjà été mentionné, le secteur municipal détient d'importants leviers pour agir sur plusieurs axes du modèle VES. Ainsi, il peut jouer un rôle pour mieux informer et soutenir les capacités d'adaptation des personnes âgées (axe 1), pour créer des environnements sains et sécuritaires (axe 2), pour favoriser la participation sociale et l'engagement des aînés, voire le développement des liens intergénérationnels (axe 3) et pour développer des politiques améliorant l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées (axe 5).

Dans les projets locaux, un ensemble de conditions favorables à l'application du modèle VES ont favorisé l'implication des CSSS au soutien des démarches MADA sur leur territoire. Elles incluent le travail de sensibilisation des accompagnateurs centraux au sein des comités de pilotage sur l'importance de créer des liens avec les milieux municipaux et de mettre en place des structures stratégiques regroupant des acteurs du CSSS et des acteurs du monde municipal pour soutenir l'application du modèle VES.

Ce soutien a porté sur la réalisation des portraits locaux, l'analyse de besoins à l'échelle de la MRC ou des municipalités et l'élaboration des politiques familles-aînés ainsi que des plans d'action qui en découlent. Il s'est appuyé sur l'utilisation du modèle VES, notamment son approche multiaxiale. Celle-ci a facilité, par exemple, le repérage de cibles potentielles multiples dans l'élaboration des plans d'action municipaux et une vision plus intégrée des besoins. Les liens créés ont aussi permis des complicités nouvelles avec les agents de développement rural des CLD qui étaient impliqués dans la réalisation des démarches MADA. Cette alliance est précieuse parce que ceux-ci détiennent une connaissance fine des réalités et des dynamiques territoriales.

« VES et MADA... les approches santé et municipale qui sont en train de s'intégrer pour un seul résultat : un plan d'action pour les aînés dans les municipalités. »

« (Il s'agit d'un) environnement collaborateur; le projet VES avec MADA, ça va créer des petits, on va continuer de travailler avec le secteur de la

santé, il y a des avantages à travailler ensemble, en partenariat. »

Cette contribution a renforcé un approuvoisement mutuel entre le CSSS et la MRC et a parfois induit d'autres complicités (ex. : projet conjoint MRC-CSSS avec contribution financière respective; invitations des CSSS aux partenaires locaux lors d'activités de formation mutuellement profitables). Elle a aussi rendu manifeste l'intérêt de développer des habilités pour mieux communiquer et mieux mobiliser, des atouts précieux pour bien travailler ensemble en contexte intersectoriel.

De leur côté, les comités stratégiques intersectoriels soutenant l'utilisation du modèle VES ont facilité le repérage d'un plus large éventail de sources de financement touchant différents volets de la vie des aînés. En effet, l'établissement concerté de priorités intersectorielles partagées répond à un pré requis habituel pour l'obtention de fonds provenant, par exemple, de la politique de la ruralité, du secrétariat aux aînés ou du plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale.

« Il existe dans le milieu un besoin de se concerter pour mieux relever les défis liés au peu de ressources. La rareté favorise les rapprochements. »

Au niveau local, dans un des milieux, cette concertation a favorisé des engagements financiers de la part d'acteurs clés, dont le CSSS et la MRC, ce qui consolide la complicité entre les participants et amène une plus grande confiance mutuelle.

« Le fait d'être arrivé avec une mise de fonds, ça montrait la volonté et le sérieux de l'engagement formel du CSSS, au-delà de l'expertise qu'on pouvait apporter, dire on se commet nous autres... On a des attentes par exemple. On voudrait que ça nous aide, on voudrait qu'il y ait des retombées par rapport aux tables. On le voit dans une perspective globale. »

Pour l'un des acteurs locaux, le développement de cette concertation intersectorielle positionne mieux le CSSS dans son milieu : il crée plus de cohérence entre ses intentions relatives à la RP, ses actions et le soutien offert (zones d'expertise spécifiques), ce qui consolide son leadership.

En somme, les changements observés témoignent d'un focus élargi des tables touchant les aînés, avec une ouverture sur des cibles liées à la vie quotidienne; du rapprochement entre différents partenaires et d'un meilleur positionnement du CSSS à leur égard; d'une concertation jugée bénéfique et créant de nouvelles opportunités pour du financement; et d'une plus grande cohérence globale.

4.1.4 LA REPRÉSENTATION ET LA PARTICIPATION DES PERSONNES AÎNÉES

Dans la perspective VES, il importe que les changements entrepris correspondent aux besoins exprimés par les personnes aînées elles-mêmes. C'est pourquoi un effort a été fait pour documenter et mieux comprendre les enjeux liés à la représentation et à la participation des aînés dans des instances s'intéressant à leurs besoins et au choix des moyens pour y répondre.

Avant de rendre compte des observations provenant des personnes rencontrées, nous décrirons d'abord cette réalité à travers deux instances locales : les tables locales de concertation touchant les aînés et auxquelles participent les CSSS (territoire local); et les comités MADA formés dans le cadre des démarches du même nom. Puis nous nous intéresserons au mandat d'une instance touchant les aînés et dont la présence demeure somme toute discrète dans le projet, soit les TCRA. Ces exemples ne répondent pas aux mêmes besoins, et ils sont imparfaits. Ils ne permettent pas une analyse approfondie de la réalité. Cependant, ils témoignent d'une certaine difficulté à décrire et à comprendre la participation actuelle des aînés aux travaux qui les concernent.

Chaque CSSS coordonne une table de concertation du RLS portant sur des préoccupations touchant les aînés. La nature des dossiers traités varie d'une table à l'autre. Elles répondent à des préoccupations tantôt stratégiques, tantôt informatives, tantôt centrées sur les dossiers de l'heure (ex. : maltraitance, proches aidants). À l'été 2014, le nombre des participants à ces trois tables varie de 11 à 28.

Le tableau 3 décrit, à partir d'informations ponctuelles fournies à l'été 2014, la répartition des participants selon leur appartenance aux catégories suivantes : regroupements d'aînés, souvent de 50 ans et plus et incluant des représentants locaux des TCRA;

organismes privés ou communautaires utilisés par les personnes âgées (souvent 65 ans et plus); volet hébergement, tant public que privé ou municipal; système de santé, privé ou public; et autres secteurs d'activités (ex. : Sureté du Québec, Centre local de développement).

Tableau 3 Importance relative des catégories représentées aux tables locales de concertation « aînés »

Catégorie ^ε	RLS 1	RLS 2	RLS 3
Aînés (50 ans et plus)	0 % ^{εε}	40 %	14 %
Services hors CSSS utilisés par les aînés	55 %	27 %	21 %
Hébergement : OMH ^{εεε} , résidences	9 %	20 %	4 %
Secteur de la santé	27 %	13 %	43 %
Autres secteurs	9 %	0 %	18 %

^ε Les catégories sont mutuellement exclusives.

^{εε} Poste à combler.

^{εεε} OMH : Office municipal d'habitation.

Trois observations retiennent notre attention :

- Globalement, les deux catégories les mieux représentées sont les services utilisés par les aînés ainsi que le secteur de la santé;
- Le volet résidentiel est représenté dans tous les cas, avec une présence de l'OMH sur deux tables;
- Une catégorie n'est pas représentée sur deux tables : les secteurs d'activités autres que celui de la santé pour l'une, et les aînés pour l'autre.

Les informations fournies sur la participation des aînés sont minimales, mais nous portent à croire qu'elle s'inscrit dans un registre de consultation et d'information mutuelle, décrite par Arnstein sous le terme de « coopération symbolique »²⁴, plutôt que dans un registre décisionnel.

De leur côté, les projets MADA reposent sur les valeurs associées au vieillissement actif prôné par l'Organisation mondiale de la Santé, et ils intègrent des actions favorisant la santé, la participation et la

sécurité²⁵. Il existe donc des analogies avec l'approche multiaxiale du modèle VES puisque toutes ces actions s'y retrouvent. La démarche MADA encadre la composition des comités de pilotage : elle prévoit la participation de personnes âgées engagées dans leur milieu, d'organismes représentant leurs intérêts, de représentants municipaux et, idéalement, une représentation du CSSS et un membre local de la TCRA²⁶.

Deux des trois MRC concernées par le projet VES sont très impliquées dans les démarches MADA. Ainsi, treize municipalités ont adhéré au mouvement. L'information sur la participation des aînés (50 ans et plus) était disponible pour onze d'entre elles. La représentation des aînés sur les comités MADA varie de 14 à 55 %, et elle est égale ou supérieure à 30 % pour six des municipalités. Ces comités se démarquent par l'importance de la représentation des aînés et par la présence obligatoire de représentants municipaux. La présence du secteur de la santé sur le comité de pilotage lui-même est relativement modeste. Cependant, dans les deux MRC, le CSSS participe aux travaux de l'équipe soutenant le comité MADA. Cette équipe de soutien est principalement formée d'agents de développement rural.

Dans les comités MADA, la participation des aînés est relativement importante et semble témoigner d'un véritable partenariat leur donnant l'occasion de participer aux décisions et à la planification des opérations. On est davantage dans le registre d'un « pouvoir effectif des citoyens »²⁷. Il semblerait que les aînés soient plus facilement mobilisés pour identifier et agir sur des cibles qui touchent directement la qualité de leur vie quotidienne : accès à du transport collectif, amélioration de l'environnement (sentiers pédestres, amélioration des parcs, aménagement plus sécuritaire), activités favorisant les liens intergénérationnels (fêtes de quartier, activités de partage d'expériences), amélioration de l'accès aux informations les concernant, etc.²⁸.

« Par le biais de la mise en place des politiques (démarche MADA), des aînés qui sont venus dans un contexte plus global ...des gens qui ont

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014.

²⁶ *Ibidem* 16.

²⁷ *Ibidem* 15.

²⁸ Les exemples sont tirés des plans d'action municipaux consultés.

²⁴ Arnstein, S. R. (1969).

vraiment participé, ça les rejoignait, ils voulaient travailler pour les personnes âgées. ... Une base plus large que d'habitude... de personnes normalement non engagées. »

« Les gens... ne veulent pas entreprendre de grandes choses. Y veulent seulement être bien, améliorer leur état donc, on y va par des petites réussites ici et là... pour essayer de faire un tout. »

On peut ici se demander si la décision des tables de concertation du réseau local d'ouvrir leur agenda pour s'inscrire davantage dans la perspective du modèle VES n'entraînerait pas, à moyen terme, une mobilisation plus importante des personnes concernées.

La troisième instance, les TCRA, existe depuis 1999, et a été créée à l'occasion de l'année internationale des personnes âgées. Les TCRA se préoccupent du développement de projets concertés issus du milieu local, de la participation des aînés à la vie collective, de la défense de leurs droits, et du partage des informations les concernant.

La Conférence des TCRA du Québec, créée en 2004, facilite leur travail. Elle les tient à jour sur l'information gouvernementale et documente les principaux enjeux relatifs aux aînés.

« On ne s'improvise pas comme représentant d'une table avec tout ce qui bouge et la complexité de l'environnement, etc. »

Cela permet de soutenir les tables régionales dans leurs actions²⁹. C'est ce qui explique la présence de représentants locaux de ces TCRA aux instances décrites plus haut.

On constate que la présence de leurs membres n'est pas systématique, bien qu'ils soient bien au fait des enjeux touchant les aînés. Un participant relève d'ailleurs le potentiel, selon lui trop peu exploité, de leur apport pour mieux traduire la réalité des aînés et jouer un rôle de vigilance et d'influence. Il rappelle que les besoins des aînés ne doivent pas se limiter à la lecture qu'en fait le réseau de la santé et des services sociaux.

« Quand on est avec les personnes concernées, le niveau de partage prend un sens plus profond et personnalisé. »

De leur côté, les personnes rencontrées confirment la diversité du fonctionnement des tables régionales et locales. Elles constatent que le recrutement des aînés pour des activités bénévoles représente un défi. D'une part, les aînés doivent se sentir confiants et confortables pour s'impliquer; d'autre part, certaines contributions requièrent des compétences qu'ils ne détiennent pas nécessairement.

« Au niveau du bénévolat, il y a un enjeu de mobilisation, aussi un enjeu de compétences, de ressources dans la communauté, de stabilité. »

Elles soulignent également qu'on sous-estime la mobilisation nécessaire pour susciter la participation des personnes âgées de 50 à 65 ans. En effet, plusieurs de ces aînés ajoutent à leur rôle de travailleur celui de grand parent et de proche aidant. On rappelle que la participation sociale des aînés n'implique pas que du bénévolat. Enfin, on tient à préciser que l'approche multiaxiale du modèle VES et l'ouverture qu'elle crée en faveur de l'intergénérationnel font en sorte que plusieurs autres mécanismes mettant à l'avant-plan la perspective prônée par le modèle sont aussi utilisés pour introduire les changements de perspective qu'il prône.

« Dans le fond, c'est plus le CSSS qui le porte (le modèle VES) que la table VES, c'est un projet d'intégration et de décloisonnement de la perspective... il faut sortir du secteur de la santé... »

« Si le modèle VES avait été porté par un comité ou la table des aînés, ça aurait été plus restrictif. »

Les participants ne provenant pas du secteur de la santé considèrent que les démarches MADA ont eu un effet positif sur la participation des aînés. Elles visaient l'élaboration de politiques municipales incluant un plan d'action sur trois années. Dans certaines municipalités, des personnes âgées se sont impliquées à titre personnel dans les comités formés à cette fin, et certaines d'entre elles ont poursuivi leur implication pour le suivi des plans d'action locaux. Un participant

²⁹ <http://www.conferencedestables.org/mission-de-la-conference/>.

souligne le grand nombre de projets ciblant les aînés dans ces plans d'action.

En somme, la représentation et la participation des aînés continuent de représenter un défi, et elles seraient peut-être plus faciles si on les sollicitait pour améliorer concrètement leur quotidien. Par ailleurs, la contribution des TCRA pourrait être consolidée à travers une plus grande participation de leurs représentants au niveau local.

4.1.5 LES FACTEURS FAVORISANT L'INTRODUCTION DES CHANGEMENTS

Les facteurs identifiés pour favoriser l'introduction des changements préconisés par l'utilisation du modèle VES sont de trois ordres : des environnements favorables, des éléments de continuité et des forces présentes dans les milieux.

Des environnements favorables : dans un des territoires locaux, lorsque les personnes rencontrées ont décrit les conditions favorables au déroulement du projet, plusieurs ont mentionné des leviers déjà présents dans leur milieu.

Au niveau local :

« Par rapport à notre territoire, ce qui est déjà un terrain fertile, c'est l'existence ... des collaborations solides et implantées avec les différents partenaires.

Au niveau régional :

« Un historique de concertation pas ordinaire, bâti au fil des ans... grande sensibilité des urbains pour le développement rural, un des effets positifs de l'approche par MRC. »

Tous les milieux sont déjà concernés par le vieillissement démographique, une réalité reconnue et partagée par l'ensemble des acteurs. Ceux-ci sont soucieux de leur situation démographique et perçoivent les enjeux de pauvreté, de transport et de sécurité alimentaire qui en découlent.

« Les petites communautés ont des problématiques différentes, de l'insécurité : plus de curés, plus de boîtes postales, perte d'épicerie... »

À propos de la RP et du modèle VES :

« C'est une question de survie du CSSS dans une perspective d'une saine santé populationnelle. On l'a vu comme enjeu numéro 1, parce qu'il faut continuellement adapter l'offre de services. ... vieillir en santé nous amène à adapter l'offre de services à la réalité. »

Pour ces milieux, le modèle leur convient. En effet, plusieurs éléments de leur réalité militent en faveur d'une analyse systémique de leur situation et de décisions collectives intégrées. Ces éléments incluent régulièrement le nombre élevé de personnes âgées, la petitesse et la dispersion des communautés, les risques de dévitalisation.

C'est par ailleurs la MRC ayant les perspectives démographiques représentant le plus de défis qui possède la dynamique de concertation intersectorielle la plus intense. Il y existe depuis plusieurs années une vision du développement partagée par les grands acteurs sociaux et économiques du territoire. C'est aussi sur cette toile de fond que se sont faits les rapprochements entre le CSSS et la MRC pour le soutien aux démarches MADA. Cette complicité s'est traduite par la suite par une participation conjointe au cofinancement d'un autre projet développé par la MRC, mais ayant des répercussions de santé et de bien-être (mise de fond et ententes de services).

Au niveau régional, des chantiers concernant les aînés avaient été développés ces dernières années dans le cadre d'un partenariat intersectoriel donnant accès à l'obtention de fonds provenant du Secrétariat aux aînés, témoignant encore une fois de la mobilisation de ce milieu.

Les éléments de continuité : Dans une région en particulier, plusieurs des personnes concernées par le projet travaillent sur le plan local ou régional depuis de nombreuses années, parfois depuis plus de dix années. Certaines d'entre elles ont changé d'organisation tout en demeurant dans le secteur de la santé.

Cette stabilité apporte plusieurs avantages. Ces acteurs sont bien au fait des réalités locales et régionales. Ils connaissent leurs vis-à-vis dans différents secteurs d'activités. Ils ont vécu des expériences diversifiées dont ils ont tiré des leçons. Ils ont aussi eu le temps de

développer leur crédibilité. Cette stabilité traduit leur sentiment d'appartenance et un fort engagement envers leur communauté. Elle favorise le maintien d'une même vision dans la poursuite des travaux.

Les forces présentes dans les milieux : Elles sont nombreuses. Du côté des CSSS, la présence des chargés de projet représente à leurs yeux un atout majeur. Dans la phase cruciale du démarrage, les chargés de projet ont pu consacrer une partie importante de leur temps à l'appropriation et à l'utilisation du modèle VES sur leur territoire. On note que la détention d'une bonne expérience du milieu communautaire ou municipal a facilité la réalisation de leur mandat. L'expertise et l'expérience de certains des acteurs sont aussi considérées comme des atouts utiles au développement du projet (ex. : formation en gestion de projet, en développement des organisations, expertise communautaire, connaissance du milieu municipal). Enfin, la présence d'une stabilité territoriale et organisationnelle facilite un positionnement stratégique fort et se traduit aussi par des gains d'énergie au quotidien dans le développement du projet.

« La pression du système en ce moment n'est pas favorable à un territoire qui en arrache pour virer la machine. Quand tu es en stabilité territoriale, organisationnelle, tu peux te permettre de faire des choses. »

On relève aussi la contribution précieuse des agents de développement rural. Ceux-ci relèvent des CLD et leurs fonctions générales incluent la connaissance et l'analyse du territoire, l'accompagnement des collectivités, l'animation des territoires. Leur présence depuis de nombreuses années amène une connaissance approfondie et très précieuse des milieux et des dynamiques locales.

« Par l'implication des agents ruraux, il y avait déjà une dynamique municipale forte... Ça, c'est un facteur de succès important. Si on avait déconnecté cette démarche-là de ce qui se faisait déjà, les gens ne se seraient pas reconnus dans ça... »

Enfin, dans ces milieux peu peuplés, il existe une contrepartie positive à ce que ce soit souvent les mêmes personnes qui participent aux différentes

rencontres locales ou régionales de concertation. Celles-ci profitent du partage et de la mise à jour régulière des informations les concernant. Et elles sont bien placées pour saisir les occasions d'accès à des sources diversifiées de financement. Certains des budgets ainsi obtenus rendent possible la réalisation d'activités touchant la création d'environnements sécuritaires et stimulants (ex. : aménagement des environnements physiques sécuritaires pour promouvoir l'activité physique; ajout de bancs publics; amélioration de l'éclairage; tenue d'événements favorisant la participation sociale et les liens intergénérationnels).

« Trois acteurs centraux sont régulièrement au cœur de toutes ces démarches-là : le CLD, la MRC, le CSSS. ... Étant donné que leur mission est assez large, ils sont amenés à participer à plusieurs tables. La régularité de leur participation crée une compréhension globale. »

4.1.6 LES FACTEURS CONTRAIGNANT L'INTRODUCTION DES CHANGEMENTS

Plusieurs des personnes rencontrées s'inquiètent de la fin du financement non récurrent fourni pour le chargé de projet. Les CSSS devront poursuivre le travail entrepris auprès des équipes, des directions, des programmes, et continuer d'influencer les dynamiques partenariales et intersectorielles. Or, le contexte actuel en est un de compressions budgétaires, de transformations structurelles, de charge de travail élevée et de pression accrue pour agir et obtenir rapidement des résultats. Il sera difficile, selon eux, de dégager un intervenant pour jouer ce rôle à même leurs propres ressources.

Plusieurs d'entre elles considèrent aussi que les changements introduits par le modèle VES ont besoin de temps pour s'implanter durablement. L'appropriation du modèle, l'adhésion large au sein des CSSS et de leurs partenaires, le rapprochement recherché avec le milieu municipal, la mobilisation du milieu et la prise en compte des réalités locales et organisationnelles sont autant d'éléments qui expliquent ce besoin de temps. Elles s'inquiètent que la réalisation à moyen et à long terme de changements importants ne s'accompagne pas de fonds de transition permettant d'y accorder l'énergie qu'ils requièrent.

Quelques personnes soulignent aussi l'effort que demande le fait de devoir utiliser des balises spécifiques à chacun des projets qu'on leur demande de réaliser sur le plan local : il est question d'un modèle en particulier, ou d'un cadre de référence privilégié pour soutenir l'introduction des changements désirés. En bout de piste, ce sont elles qui, localement, doivent prendre le temps de réconcilier leurs différents outils pour gagner en efficacité et en simplicité dans leurs interventions auprès des partenaires.

4.2 Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer l'adoption du modèle VES tant pour bonifier ce qui se fait dans les réseaux étudiés que pour faciliter sa transférabilité dans d'autres réseaux locaux de services?

Dans ce projet, l'accompagnement fourni par l'IPCDC et l'INSPQ s'est avéré une stratégie gagnante pour soutenir la transformation des pratiques découlant de l'application du modèle VES. Ce sont les entrevues qui fournissent le plus d'informations à ce sujet. Nous partagerons, dans un premier temps, la lecture que font les participants des forces inhérentes au processus d'accompagnement. Puis, nous aborderons les difficultés avec lesquelles ils ont dû composer et les pistes d'amélioration suggérées. Enfin, considérant la fin de l'aide fournie pour le financement des chargés de projet et le retrait progressif des accompagnateurs centraux, les participants ont aussi exprimé des inquiétudes quant à la poursuite du projet.

Par la suite, nous aborderons ce qui ressort des bilans réalisés par les accompagnateurs de l'IPCDC et de l'INSPQ ainsi que de leurs partenaires régionaux.

4.2.1 LES FORCES INHÉRENTES AU PROJET

Précisons d'entrée de jeu que l'accompagnement fourni ciblait principalement les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Leur satisfaction est grande, et les éléments qui la résument le mieux sont les suivants :

- Complémentarité de l'apport respectif des accompagnateurs centraux (contenu et compétences);
- Crédibilité des acteurs centraux qui se sont impliqués localement et régionalement;

- Disponibilité et générosité des experts et l'éventail du soutien fourni, tant au niveau stratégique qu'opérationnel : expertise-conseil, accès à des données et à du matériel pertinent, rétroactions sur demande;
- Sentiment de faire partie d'une équipe et de s'insérer dans une démarche de coconstruction;
- Réseautage rendu possible avec d'autres milieux locaux expérimentant des pratiques susceptibles de les intéresser.

Le projet introduit un regard externe, suscite des questionnements, crée des liens avec d'autres réseaux locaux. En somme, il a dynamisé leur milieu.

Selon les participants, les éléments suivants représentent des atouts pour le déroulement du projet et ont été facilités ou encouragés par les accompagnateurs centraux. Ils sont liés à différents niveaux de fonctionnement.

Au niveau stratégique :

- Demande d'un engagement formel du CSSS afin de créer des conditions favorables à l'engagement des RLS et conséquemment à la pérennité des projets;
- Mise en place de comités intersectoriels et utilité d'une cooptation précoce d'acteurs intersectoriels, particulièrement ceux du niveau municipal;
- Réalisation, en cours de démarche, de journées rassembleuses et bien structurées autour d'un enjeu commun, avec une diversité d'acteurs;
- Participation des acteurs stratégiques au comité de pilotage où se discutent les bilans, le chemin parcouru, les succès et les ajustements requis.

Au niveau tactique :

- Mise en place des comités de pilotage;
- Mise en place d'une équipe de projet pour réaliser les changements ciblés. Ses contours ont varié selon les CSSS, mais elle incluait systématiquement le chargé de projet.

Au niveau opérationnel :

- Présence d'un chargé de projet. Son financement partiel pour les 18 premiers mois a grandement facilité le démarrage du projet;
 - Dans un cas, il provient du milieu municipal. Cette initiative a été considérée comme un levier pour l'approvisionnement mutuel et l'accroissement des liens entre le CSSS et le milieu municipal;
- Démarche dynamique prônée au sein du comité de pilotage, tenue de rencontres de travail à l'interne et aussi de rencontres de suivi avec les accompagnateurs centraux et régionaux, en fonction des besoins exprimés;
- Offre de soutien et implication des CSSS auprès des municipalités engagées dans la démarche MADA, les rapprochements conséquents avec les structures municipales, les agents de développement rural, les CLD.

4.2.2 LES DIFFICULTÉS RAPPORTÉES ET DES SUGGESTIONS POUR LES AMOINDRIR

Les difficultés éprouvées touchent principalement l'appropriation et l'utilisation du modèle VES et des éléments de processus.

Développer une aisance suffisante avec le modèle et la perspective qui le sous-tend a généralement pris de 12 à 24 mois. Les acteurs concernés par son opérationnalisation ont dû apprendre comment expliquer, de manière concise et concrète, l'application du modèle, tant dans le quotidien des professionnels et des gestionnaires du CSSS qu'avec les partenaires externes et les acteurs intersectoriels.

« Tout est là, mais dans la façon dont il est présenté, pour quelqu'un de néophyte en santé publique... Au niveau appropriation, s'il n'a pas un minimum de connaissances au départ, difficile de l'expliquer, encore plus quand on arrive dans la communauté. A dû le vulgariser, le présenter de différentes façons. »

« Il a fallu se l'approprier encore et encore pour arriver à donner à ses interlocuteurs des exemples concrets d'application, en fonction de leurs situations spécifiques, de leurs réalités. En fait... cela lui a pris plusieurs mois, presque une année, à développer une aisance lui permettant

maintenant de l'utiliser adéquatement dans différents contextes, de manière compréhensible et pratico-pratique aux yeux de ses interlocuteurs. »

Pour y arriver, ils ont vraiment dû intégrer la perspective qui sous-tend le modèle. Ils ont procédé par essai et erreur pour finalement mieux saisir quand et de quelle manière recourir aux différents axes du modèle, dans des situations diversifiées. Ils sont finalement arrivés à illustrer à partir de différents exemples comment l'approche multiaxiale enrichit la portée de presque tous les projets et permet d'agir en même temps sur plusieurs axes, dans une perspective plus intégrée des bénéfices potentiels.

Ils ont aussi dû décoder les craintes de leurs interlocuteurs. Bien souvent, ceux-ci désiraient passer rapidement à l'action, mais se questionnaient sur l'ampleur des changements proposés et redoutaient une surcharge de travail. Il a fallu expliquer que l'utilisation du modèle ne visait pas à développer de nouveaux chantiers ou à investir davantage. L'enjeu était davantage de réfléchir différemment et de faire autrement, souvent avec la complicité d'autres partenaires.

Par ailleurs, quelques ajustements leur ont paru nécessaires pour optimiser l'accompagnement offert par les acteurs centraux. Ainsi, ce sont les acteurs locaux et régionaux qui connaissent les réalités territoriales et régionales, et qui sont bien positionnés pour ajuster l'action en conséquence. On rappelle qu'une même approche ne convient pas à tous les milieux, et que l'horizon temporel et les stratégies requises pour progresser ne sont pas nécessairement les mêmes d'un milieu à l'autre. La flexibilité est donc nécessaire.

Ils ont également été sensibles à l'utilisation des accompagnateurs centraux lors de rencontres intersectorielles. Pour certains, cette stratégie a donné de la crédibilité à la démarche. Mais dans un RLS où les liens sont difficiles à créer avec les acteurs municipaux, elle n'a pas permis au CSSS d'amorcer un dialogue avec des partenaires qu'il désire coopter dans l'action.

Enfin, certains considèrent que les exigences de certaines étapes ont été sous-estimées. Ainsi, la réalisation des portraits locaux aurait parfois bénéficié d'une aide plus substantielle de leur agence.

On rappelle que l'application du modèle VES implique la mobilisation des acteurs intersectoriels et la participation du milieu (bénévolat), ce qui se révèle ardue dans un environnement défavorable : il faut alors un investissement concerté de longue haleine avec plusieurs autres partenaires.

« C'est difficile avec les personnes âgées, on le voit dans le bénévolat. Oui, chez les 65 et plus, on en a... juste avant, les 50-65 ans ils ne se projettent pas, ne se voient pas comme aîné. Lors d'un exercice pour MADA, un sondage pour avoir leur vision de ça, il manque un bout de casse-tête. ... vision VES, si on regarde les partenaires ça va, au niveau de la population, il reste du travail à faire... La participation citoyenne des aînés a intérêt aussi à être contaminée par le modèle pour agir autrement. »

Voici les suggestions proposées par les personnes rencontrées pour faciliter l'appropriation et l'utilisation du modèle VES :

- Ne pas tenter d'appliquer à court terme le modèle dans toutes ses dimensions et envisager des options pour le présenter plus succinctement ou par étape;
- Favoriser une approche à géométrie variable, où tous n'ont pas à maîtriser de manière aussi approfondie le modèle, et où des relais locaux développent progressivement leur propre aisance en fonction de leurs auditoires respectifs;
- Se centrer davantage sur le changement de perspective sous-jacent au modèle, en faisant valoir qu'il ne s'agit pas d'en faire plus, mais plutôt de faire autrement;
- Être sensible aux différences de langage et aux adaptations requises avec les autres secteurs d'activités.

4.2.3 LA CONTRIBUTION DES AGENCES, DE L'IPCDC ET DE L'INSPQ

Lorsqu'on s'intéresse aux agences régionales, on constate que les acteurs locaux voient positivement le soutien de leur ASSS dans la poursuite du projet, pourvu que soient respectés leurs rôles et leurs responsabilités respectives.

« L'agence pourrait nous aider... dans son rôle de soutien. Et après ça, dans son rôle de vigie, de soutien d'accompagnement et d'allocation de ressources... nous aider à réaliser notre mission première qui est de répondre et d'exercer la responsabilité populationnelle. »

Cette participation contribue aussi à une cohérence d'ensemble. Elle favorise, d'une part, la consolidation des liens entre les acteurs du réseau et, d'autre part, le développement d'une perspective régionale bien ancrée dans la réalité de ses propres RLS.

De plus, l'agence détient des compétences et des capacités qui sont utiles non seulement pour la description des réalités locales (par exemple dans la réalisation des portraits populationnels), mais aussi pour favoriser le partage des savoirs. Les intervenants des CSSS disent avoir de la difficulté à modifier leurs pratiques en fonction des nouvelles connaissances et des nouveaux savoirs qu'on leur transmet. Ils sentent le besoin d'être accompagnés pour bien adapter en conséquence leurs interventions quotidiennes, qu'elles soient de nature clinique, communautaire ou intersectorielle. Ils ont donc des attentes envers les instances régionales pour répondre à ces besoins d'accompagnement.

Leurs attentes envers l'IPCDC et l'INSPQ sont différentes. Ainsi, ils s'attendent au soutien de l'IPCDC par le rehaussement des compétences et des capacités requises pour intégrer et appliquer le concept de RP au niveau local, en souhaitant la présence d'une concertation avec leur agence régionale. Ils reconnaissent aussi l'intérêt de son regard externe pour, par exemple, dénouer des impasses au niveau régional ou local.

L'INSPQ détient une forte crédibilité à titre d'expert. On tient pour acquis, de manière implicite, que les connaissances utilisées par l'INSPQ respectent les critères de scientificité, et que les experts INSPQ

détiennent l'heure juste quant aux activités pertinentes et efficaces en promotion de la santé et en prévention.

« On doit faire dans le système de santé un virage promotion prévention, et... s'il y a une instance qui peut nous aider à le faire et montrer la plus-value de ça sur le plan scientifique, sur le plan de la rigueur, c'est bien l'INSPQ. ... ça nous prend un avis de qualité. Et, moi je pense que l'INSPQ en est un. »

C'est donc avec confiance qu'ils utiliseront ces connaissances et qu'ils en défendront la légitimité. Dans la même veine, plusieurs participants soulignent leur appréciation des rencontres scientifiques biennuelles réalisées à l'initiative de l'équipe de projet VES (INSPQ) depuis 2013.

Les participants des CSSS soulignent aussi les efforts des accompagnateurs centraux pour les mettre en lien avec des CSSS ayant relevé des défis similaires aux leurs. Ces efforts se sont traduits par un réseautage entre des milieux détenant les mêmes préoccupations, une stratégie très appréciée. Cela leur a permis de mieux cerner les forces et les limites de leurs propres stratégies, et leur a souvent donné accès à des outils déjà développés pour structurer leurs actions. Inversement, les CSSS participants et leurs partenaires ont perçu que leur propre expérience pouvait servir d'inspiration à d'autres milieux, une source de fierté et de valorisation.

Ces initiatives ont sensibilisé certains participants à l'existence d'un « actif réseau » qu'ils jugent sous-utilisé.

« L'actif réseau... est pas partagé. ... Vous connaissez ce qu'on fait, on vous en a parlé un petit peu... D'autres régions du Québec peuvent peut-être s'inspirer de ce qu'on fait. Nous, on pourrait s'inspirer de ce qui est fait ailleurs. Mais la communauté de pratique... l'actif réseau n'est pas soutenu beaucoup. »

Cela fait référence à la présence de savoirs peu ou pas exploités dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Outre le développement de formules de réseautage, on mentionne que cet actif réseau pourrait inclure une meilleure utilisation des leçons tirées de grands projets récemment évalués (ex. :

approche École en santé, Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé [COSMOSS]; Villes et villages en santé).

Finalement, tous les CSSS ont exprimé le désir d'évaluer leur projet VES et le besoin d'un soutien à cet égard. Les ASSS sont identifiées comme les instances pouvant fournir ce soutien, mais elles sont perçues comme peu outillées pour y répondre.

En somme, les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux ont grandement apprécié l'accompagnement offert dans le cadre du projet. Ils l'ont expérimenté de manière continue et en ont adapté les modalités et la fréquence de son usage selon leurs besoins. À l'occasion, ils ont utilisé un accompagnement ponctuel pour répondre à un besoin ciblé, limité dans le temps. À leurs yeux, les deux formules tiennent la route.

4.2.4 QUELQUES THÈMES DÉGAGÉS DES BILANS RÉALISÉS PAR LES ACCOMPAGNATEURS IPCDC-INSPQ

Cette section provient d'une analyse de contenu des rencontres effectuées par les accompagnateurs centraux, souvent avec des acteurs régionaux. Ces rencontres ont régulièrement intégré un bilan de l'avancement des projets. La section inclut également quelques observations des accompagnateurs centraux.

Les efforts visant l'appropriation du modèle VES par les CSSS et leur RLS se sont appuyés sur une description objective de la situation des aînés sur le territoire. Cette étape nécessite une contribution des agences, parce qu'elle impose l'exploitation de certaines banques de données. Elle implique des exigences de rigueur et d'exhaustivité et doit souvent être complétée par l'utilisation de données moins standardisées qui requièrent, sur le plan local, du travail complémentaire de validation. Ces exercices se révèlent régulièrement plus énergivores qu'il n'y paraît à l'origine. À écouter les uns et les autres, il existe un besoin de concertation des contributions nationales, régionales et locales dans la production de portraits utilisant des données objectives pour décrire la situation des aînés sur les territoires locaux et régionaux.

Ces efforts initiaux ont aussi inclus, selon diverses modalités, une analyse de l'environnement local à partir des neuf axes du modèle, pour illustrer la contribution potentielle de chacun au vieillissement en santé. Cet

exercice a parfois eu comme effet de multiplier les cibles plutôt que de dégager les plus significatives pour le milieu.

Aussi, cet exercice s'est parfois d'abord fait entre acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Or, l'application du modèle sous-entend comme positionnement d'inclure la participation d'autres secteurs d'activité, surtout pour les axes dont les leviers ne relèvent pas du secteur de la santé.

En somme, le démarrage du projet repose sur certaines prémisses :

- Le désir de connaître objectivement la réalité des aînés et de réaliser une analyse de la situation au regard des axes du modèle VES;
- La nécessité de bien comprendre les dynamiques en cours dans les secteurs d'activités façonnant les milieux locaux et d'identifier leurs atouts d'un point de vue politique et stratégique;
- La transformation du positionnement du CSSS à l'égard de ses partenaires, pour que leurs relations se situent dans une perspective d'alliances et de partenariats, voire d'engagements solidaires.

À l'interne du CSSS, le développement du projet est tributaire de son positionnement au niveau stratégique et tactique, ainsi que des ressources rendues disponibles sur le plan opérationnel. L'engagement, la disponibilité et la persévérance des acteurs concernés par le projet à ces différents niveaux influencent la nature des changements introduits, leur portée et leur pérennité. Et chaque milieu s'est avéré un cas de figure.

L'enlèvement des trois niveaux a varié d'un CSSS à l'autre et n'a pas toujours été optimal. Cependant l'internalisation graduelle tant de la RP que de son application à travers l'utilisation du modèle VES par les acteurs travaillant au niveau opérationnel a modifié leurs relations avec l'environnement. Aussi, même si l'appropriation du modèle VES a pris du temps, elle a finalement introduit une manière différente d'analyser les activités concernant les aînés avec les partenaires institutionnels, communautaires ou municipaux et d'y réfléchir. Et les réalisations concrètes qui en découlent consolident le positionnement stratégique de l'organisation à l'égard du projet.

Les CSSS composent avec des impératifs qu'ils ne maîtrisent pas toujours : par exemple, des cycles de planification déjà amorcés sont difficiles à modifier; les changements dans le personnel ralentissent le déroulement des dossiers; et l'arrimage qui prend forme avec le régional amène des ajustements. Enfin, lorsqu'on travaille avec des partenaires en dehors du secteur de la santé et des services sociaux, le développement des liens s'inscrit dans un contexte singulier où l'enjeu du VES s'ajoute à plusieurs autres, avec comme conséquence un horizon temporel qui s'étire dans l'avancement des dossiers.

Les accompagnateurs centraux ont tendance à faire le bilan des projets sur des périodes relativement courtes. C'est parfois salubre; mais parfois, la pression s'exerce dans des conditions d'exercice dont les porteurs régionaux ou locaux du projet VES ne contrôlent pas plusieurs des paramètres. Il arrive que de longues séquences en apparence peu productives soient suivies d'avancées en rafale, bien appréciées, mais dont on n'aurait pu prévoir le moment où elles surviendraient. Ainsi, le rapport au temps ne se vit pas de la même manière chez les accompagnateurs centraux et chez les acteurs de terrain.

Concernant le développement des capacités, les stratégies déjà développées par l'IPCDC ont été peu utilisées par les gestionnaires et chargés de projet, notamment les microprogrammes de formation. Les accompagnateurs centraux ont dû avoir recours à d'autres modalités de transfert de connaissances, telles des formations ponctuelles, plus exigeantes. Ici, la contribution des agences régionales pourrait permettre des gains d'efficacité intéressants, et sans doute nécessaires.

De leur côté, les accompagnateurs centraux rappellent dans leur bilan rétrospectif l'importance que les niveaux stratégique et tactique des CSSS s'impliquent dans la reconnaissance et l'application du modèle. Cela fournit des assises légitimes aux acteurs du niveau opérationnel, et crée des conditions favorables au déploiement du projet et à sa pérennité.

Ils relèvent aussi la difficulté pour les CSSS à intégrer qu'il existe une continuité entre des actions réalisées à l'intérieur du système de soins et les efforts réalisés pour créer des environnements favorables dans la communauté, et aussi que ces actions sont en

interdépendance. Bien qu'ils perçoivent les gains réalisés dans le rapprochement des partenaires du RLS, leur implication pour convenir d'actions concertées et complémentaires ne va pas de soi.

Si on veut illustrer cette continuité, on peut réfléchir aux conditions susceptibles de favoriser la participation sociale des personnes âgées dans leur milieu de vie. Par exemple, elle sera facilitée par la présence de sentiers pédestres sécuritaires, éclairés et dotés de bancs publics. S'il existe des activités intergénérationnelles de marche ou de vélo, celles-ci favoriseront à la fois l'activité physique et la participation sociale. On pourrait aussi s'assurer que lors du retour à la maison après une hospitalisation, l'information sur ce qu'est une alimentation saine adaptée aux personnes âgées a été expliquée, mais qu'on a aussi contribué au maintien d'une accessibilité locale à des aliments de qualité, ou qu'on s'est intéressé au respect des règles de bonne alimentation dans les menus offerts par les popotes roulantes. Enfin, si l'on désire favoriser le plus longtemps possible le maintien à domicile, on pourrait s'intéresser à la création de conditions aidant les personnes âgées à avoir accès à des services d'entretien du domicile.

Finalement, il apparaît que la circulation des informations n'est pas toujours optimale. Des ajustements demeurent nécessaires pour bien saisir les attentes des uns et des autres, qui varient selon chacun des acteurs, selon l'évolution des besoins perçus au fil du temps et selon le contexte dans lequel chacun évolue.

5 Discussion

Cette discussion des résultats se décline en trois rubriques : des observations globales, la gestion d'un changement qui s'avère important, et les enseignements fournis par le projet.

5.1 Des observations globales

- Les CSSS ont apprécié être des précurseurs dans l'utilisation du modèle VES, et la réalisation de leurs projets a permis d'ajuster en conséquence leurs pratiques. Ils se sont notamment souciés de s'impliquer auprès d'autres secteurs d'activité, en particulier avec le monde municipal.

- L'approche réflexive retenue tout au long du projet a permis de réajuster le tir au fur et à mesure de sa progression et a illustré l'intérêt d'une démarche évaluative en continu.
- Les MRC concernées par la réalisation du projet avaient reconnu déjà la nécessité d'agir de manière concertée pour relever les multiples défis posés par le vieillissement démographique de leurs petites communautés. Le projet offrait des leviers qui étaient compatibles avec le cheminement en cours dans leur milieu. De plus, la présence de concertations était aussi une condition liée à l'attribution de budgets dans plusieurs programmes issus de différents ministères.
- Pour être appliqué, le modèle VES nécessite une mobilisation des milieux ainsi que la participation des aînés. Ces conditions donnent un sens aux choix de priorités et d'interventions. Les résultats suggèrent que des stratégies additionnelles seront utiles pour optimiser ces deux conditions.
- Les milieux participants ont régulièrement rappelé l'adaptation requise des interventions aux caractéristiques locales et régionales, aux histoires singulières des uns et des autres.
- Le développement des projets a dû s'adapter en cours de réalisation: des chargés de projets se sont succédés; leur soutien financier s'est terminé; les liens se sont progressivement resserrés avec le monde municipal à travers la réalisation de démarches MADA, les liens avec les agences se sont mieux définis. Des avancées à petits pas ont graduellement rendu possibles des actions plus concrètes; les succès ont engendré d'autres succès.

5.2 La gestion d'un changement important

Le modèle VES s'inscrit dans une perspective de RP et implique une analyse plus intégrée des conditions favorisant la santé et le bien-être des aînés. Il inclut la prise en compte des principaux déterminants de la santé et du bien-être, des conditions et habitudes de vie favorables ou néfastes. Conséquemment, les stratégies guidant l'action sont moins cloisonnées ou fragmentées et interpellent plusieurs acteurs sociaux. Ces stratégies ont souvent des répercussions sur des gens de tous les âges : ainsi, les saines habitudes de vie ont des effets positifs à tous les âges et les

améliorations apportées aux environnements ont des conséquences positives pour les jeunes familles, les personnes ayant des incapacités, les personnes vulnérables ou isolées, qu'elles aient ou non recours à des soins et des services. Plusieurs jouent un rôle protecteur sur la santé et le bien-être.

Les milieux ruraux et semi-ruraux ont des réalités sociodémographiques qui renforcent l'importance de s'allier et d'agir ensemble. Les municipalités sont peu peuplées, et les revenus moyens de leurs membres sont souvent inférieurs à la moyenne québécoise. Les actions multi et intergénérationnelles y sont particulièrement pertinentes. Il importe d'agir collectivement sur des cibles conjointement priorisées. Les gains d'efficacité augmentent les capacités et contribuent à la survie de certaines de ces municipalités. Le changement implique de faire ensemble, solidairement et pour le bien de tous.

En fait, pour certains milieux ruraux, l'application du modèle s'inscrit dans une vision plus large, où les principaux acteurs sociaux doivent désormais agir de manière concertée et solidaire sur les enjeux et les défis auxquels ils sont collectivement confrontés. Les quelques programmes de financement reposant sur la concertation des acteurs locaux ont d'ailleurs renforcé ce positionnement. Et les engagements mutuels des uns et des autres pour des projets jugés pertinents s'insèrent également dans cette perspective.

5.3 Les enseignements utiles pour la suite

Selon les personnes rencontrées, plusieurs messages ressortent des entrevues :

- L'intérêt du modèle VES inclut un changement de paradigme, une manière différente de s'intéresser aux besoins des personnes âgées. Selon eux, c'est d'abord cela qu'il faut mettre de l'avant dans la présentation du modèle;
- Les changements induits par l'application du modèle VES - et du concept de RP qu'il intègre, résultent de manières différentes d'agir à l'interne de l'organisation et entre les acteurs sectoriels et intersectoriels. L'horizon temporel et l'investissement requis sont sous-estimés, il faut prévoir des stratégies additionnelles de soutien à moyen et à long terme. Une idée mise de l'avant

pour y parvenir consiste à mieux utiliser « l'actif réseau », lequel fait référence à des savoirs diversifiés et sous-utilisés;

- La nécessité de travailler davantage dans la transversalité : plusieurs acteurs intersectoriels peuvent avoir recours à des programmes détenant un potentiel d'action sur des objets telles l'activité physique (Vie Active), l'insécurité financière et alimentaire (Plan d'action gouvernemental sur la solidarité et l'inclusion sociale), l'insécurité alimentaire. Bien que ces programmes soient une source d'opportunités pour l'obtention de fonds additionnels, y avoir recours en silo implique une multiplication de démarches souvent similaires. Gagner en efficacité nécessite de s'impliquer collectivement pour développer de manière plus concertée les différentes demandes. En contrepartie, cela ajoute aux sollicitations déjà nombreuses adressées aux principaux acteurs sociaux de la communauté (risque accru d'hyper concertation);
- Il existe un consensus sur la pertinence d'inclure les agences dans l'accompagnement de tels projets. Elles détiennent un rôle de soutien apprécié des CSSS, par exemple dans la réalisation des portraits locaux, dans l'adaptation opérationnelle des connaissances utiles au développement du projet, dans le développement des stratégies utiles au rehaussement des compétences locales;
- Les acteurs centraux ont la capacité de jouer les rôles suivants : réagir à l'évolution des travaux réalisés sur le plan local (rétroaction, suggestions, etc.); aiguiller vers les sources d'expertise pertinentes (ex. : consultant ponctuel), favoriser le réseautage avec d'autres CSSS ou RLS relevant des défis similaires; contribuer à l'intégration des savoirs sur le terrain. S'y ajoutent le soutien pour développer des stratégies permettant le développement des compétences, par exemple le réseautage, ou encore la participation à une communauté de pratique visant le partage des connaissances récentes ou d'expériences prometteuses.

Actuellement, plusieurs autres CSSS désirent être soutenus pour appliquer la RP et s'approprier le modèle VES. L'analyse de l'accompagnement offert aux milieux étudiés, les stratégies qu'ils ont utilisées pour favoriser les changements recherchés et l'observation des

interfaces entre les niveaux centraux, régionaux et locaux permettent d'identifier plusieurs conditions utiles pour faciliter la poursuite des projets malgré une diminution importante des accompagnements après la phase de démarrage :

- Le rehaussement de la participation des agences régionales au développement des projets VES locaux : elles ont des responsabilités de soutien aux CSSS et détiennent des expertises et des capacités pour le faire; il serait judicieux d'inclure la réalisation de rencontres statutaires pour articuler les contributions respectives des CSSS et de l'agence, et la mise en place de stratégies concertées;
- Favoriser le réseautage entre les CSSS détenant des préoccupations similaires est une stratégie qui permet d'utiliser un « actif réseau » déjà existant, qui est source de solidarité, mais aussi de valorisation, menant à des gains d'efficacité;
- À l'image de ce qui se fait dans l'une des ASSS, le réseautage entre les CSSS d'une même région pourrait aider à mieux reconnaître collectivement les particularités locales des RLS et à mieux y répondre dans une perspective régionale. Ici, les agences pourraient jouer un rôle dans la mise à profit des savoirs expérientiels des RLS et faciliter le réseautage sur une base intrarégionale. La consolidation de la fonction évaluative représenterait un atout additionnel à cet égard;
- La modification du positionnement des CSSS à l'égard des autres acteurs locaux, notamment à l'égard du secteur municipal : un renforcement de la concertation intersectorielle, en envisageant des analyses plus transversales et intégrées des priorités de santé et de bien-être locales et régionales, favorise des engagements collectifs et solidaires, incluant des financements partagés.

Cette concertation intersectorielle est pertinente tant sur le plan local que régional, puisque ces niveaux d'action détiennent des leviers qui leur sont propres. Elle est souhaitable puisque les leviers pour agir sur les déterminants de la santé et du bien-être sont régulièrement en dehors du secteur de la santé et des services sociaux. Elle crée de nouvelles opportunités de financement, parce que dans plusieurs programmes le financement est conditionnel à ce que les projets résultent de choix collectifs et solidaires;

- L'accès au soutien et au développement de compétences, ainsi qu'à une expertise de contenu (ex : modèle VES) ;
- La poursuite de la communauté de pratiques initiée par l'INSPQ;
- Le développement de stratégies concertées entre les niveaux centraux, régionaux (ASSS) et locaux (CSSS) pour répondre aux défis relevés dans le projet :
 - Mise en place de stratégies favorisant l'activité évaluative au sein des projets VES au niveau local;
 - Développement de compétences visant la mobilisation des milieux dans des environnements défavorables;
 - Développement d'un modèle intégré d'intervention pour faciliter l'opérationnalisation des différents programmes sur le terrain;
 - Recours à des analyses plus intégrées et multisectorielles des besoins des populations locales.

6 Conclusion

Les trois territoires de MRC dans lesquels se déroule le projet sont situés en milieu rural. La durée d'observation du projet, la participation à quelques événements locaux ou régionaux multisectoriels, et la réalisation d'entrevues avec des acteurs clés des milieux étudiés ont amené une sensibilisation aux caractéristiques souvent présentes en milieu rural. Les communautés y sont nombreuses, peu peuplées et dispersées, le vieillissement démographique y est souvent plus marqué, et les conditions liées à l'emploi sont souvent difficiles. L'accès à de nombreux services de proximité peut facilement présenter un défi, et des communautés rurales doivent contrer des risques de dévitalisation.

Les milieux urbains possèdent des caractéristiques différentes des milieux ruraux, avec des organisations plus grosses et plus nombreuses et un cloisonnement qui peut être plus étanche, tant dans le secteur de la santé et des services sociaux qu'avec les autres secteurs d'activités. Aussi, les CSSS situés en territoire urbain devront prendre en compte leur propre réalité

dans l'appréciation des résultats et des enseignements tirés de cette évaluation.

Par ailleurs, une lecture du portrait des municipalités au Québec a permis de constater qu'en 2010³⁰, 23 % de la population québécoise vivait dans des communautés de moins de 10 000 habitants et 21 % dans des communautés de 10 000 à 49 999 habitants. Les réalités décrites dans ce rapport ne sont donc pas des situations exceptionnelles.

Nos résultats décrivent l'importance que représente pour ces communautés une approche collective et intégrée aux défis qu'elles doivent relever. Et déjà, plusieurs programmes gouvernementaux suscitaient, au cours de cette évaluation, la concertation des acteurs locaux ou régionaux pour l'obtention de budgets.

L'application du modèle VES s'inscrit dans cette perspective, en cherchant à mieux répondre à l'ensemble des besoins des aînés autonomes et moins autonomes du territoire.

Les sections précédentes ont ciblé plusieurs pistes d'amélioration utiles pour introduire le modèle VES et étendre son application à d'autres territoires locaux. Voici un ensemble d'ingrédients importants qui traversent ces résultats :

- Un positionnement différent du secteur de la santé et des services sociaux dans ses collaborations intersectorielles;
- Des engagements collectifs et solidaires forts;
- Une prise en compte nécessaire des réalités locales, qui implique des processus de coconstruction;
- Un soutien concerté entre les niveaux centraux et régionaux de la part du secteur de la santé et des services sociaux, le souci de répondre aux besoins exprimés par les milieux locaux, la recherche de réponses opérationnelles sur le plan local;
- Une préoccupation pour la mobilisation des milieux et pour une plus grande participation des aînés, parce que ce sont des assises importantes pour bien connaître les besoins et bien y répondre;

- Un développement de stratégies concertées entre les acteurs nationaux, régionaux et locaux, en incluant les acteurs intersectoriels, pour assurer un relais aux fonctions assumées par le chargé de projet local, puisqu'elles semblent au cœur de la pérennité des changements entrepris.

Références

- André, D. (2011). Un bref regard sur l'évolution démographique des municipalités au Québec depuis 2000. ISQ, *Coup d'œil sociodémographique*, février 2011, numéro 08, 5 pages.
- Arnstein, S. R. (1969). *A ladder of citizen participation*, cité dans l'article de J. Donselot et R. Epstein, *Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine. Esprit (dossier Forces et faiblesses de la participation, n° 326, 2006-p. 5-34.*
- Aubé, D. *Devis d'évaluation du projet d'accompagnement VES auprès des réseaux locaux de services*, automne 2012, document non publié.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et A. Tourigny (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés*. Secrétariat aux aînés, ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 pages.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Perspectives démographiques du Québec et des régions – 2006-2056*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Vieillir en restant actif, cadre d'orientation* (p. 19). Genève: Bibliothèque de l'OMS.
- Patton, M. Q. (2011). *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*, The Guilford Press, New York, 375 pages.

³⁰ André, D. (2011).

services maladies infectieuses
santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca