

IUMSP

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Unité d'évaluation de programmes de prévention - UEPP

ÉLABORATION D'UN CADRE D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DU PROCESSUS COMMUNAUTAIRE SUR LA SANTÉ DES AÎNÉ(E)S À YVERDON

*Daria Koutaissoff, Brenda Spencer,
avec la collaboration de Bertrand Graz*

Raisons de santé 187 - Lausanne 2011

Etude financée par :

Fondation Leenaards, Lausanne.

Remerciements :

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui, par leur participation personnelle à l'étude ou par leur contribution à son organisation, ont permis la réalisation de cette évaluation. Nous remercions également Madame Véronique Jost Gara et Madame Françoise Dubois-Arber de leur relecture critique.

Date de parution :

Novembre 2011.

Nom du dossier : Rds 187-Elaboration évaluation processus Santé des aînés à Yverdon.docx

TABLE DES MATIERES

Résumé	7
Contexte et cadre	7
Méthode de travail	8
Réalisation de la théorie d'action	8
Perspectives d'évaluation	11
1 Introduction	15
1.1 Le Projet Quartiers solidaires	15
1.2 Intégration du projet <i>Quartiers solidaires</i> dans la politique <i>Qualité de Vie</i> de la municipalité d'Yverdon	15
1.3 Le mandat	16
1.4 Structure du rapport	17
2 Méthode	19
2.1 Approche théorique et méthodologique	19
2.2 Processus méthodologique adopté	22
2.2.1 Aperçu général	22
2.2.2 Etape préparatoire	24
2.2.3 Réalisation des ateliers	24
3 Etape préparatoire	29
3.1 Développement communautaire dans les quartiers	29
3.1.1 La ville d'Yverdon-les-Bains	29
3.1.2 Base documentaire	29
3.1.3 Mapping des acteurs	30
3.1.4 Mise au point des ateliers	32
3.2 Qualité de vie des personnes âgées	32
3.2.1 La qualité de vie des personnes âgées : un concept difficile à cerner	32
3.2.2 Comment évaluer la qualité de vie des personnes âgées dans le cadre d'un projet communautaire ?	34
4 Analyse de la situation	37
4.1 Synthèse	37
4.2 Bénéfice pour la santé de la population (Colonne D)	38
4.3 Effets sur les déterminants de la santé (Colonne C)	38
4.3.1 Environnement physique (C1)	40
4.3.2 Environnement social (C2)	40
4.3.3 Ressources personnelles (C3)	41
4.4 Facteurs influençant les déterminants de la santé (Colonne B)	42
4.4.1 Offres en matières de promotion de la santé (B1)	42
4.4.2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions (B2)	42
4.4.3 Compétences individuelles favorables à la santé (B4)	43
5 Théorie d'action	45
5.1 Théorie d'action par activité	45
5.2 Théorie d'action par axe prioritaire	46
5.2.1 Axe 1 : apporter des améliorations en termes d'aménagement du territoire	46
5.2.2 Axe 2 : promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel	50
5.2.3 Axe 3 : favoriser le 'bien vivre' ensemble	52

5.2.4	Axe 4 : favoriser une retraite sociale et active.....	54
5.3	Apports de la littérature concernant les déterminants de la santé des aîné(e)s en rapport avec le processus communautaire.....	56
5.3.1	L'environnement physique.....	56
5.3.2	L'environnement social.....	56
6	Discussion et perspectives.....	59
6.1	Faisabilité de la démarche.....	59
6.2	L'élaboration de la théorie d'action.....	59
6.3	Perspectives d'évaluation.....	61
6.3.1	Quels aspects de la théorie faudrait-il évaluer?.....	61
6.3.2	Définition du mandat.....	63
7	Annexes.....	67
7.1	Développement communautaire dans les quartiers.....	67
7.1.1	Base documentaire.....	67
7.1.2	Texte explicatif sur l'organigramme du projet <i>Qualité de vie</i> de la ville d'Yverdon.....	69
7.2	Ateliers de définition de l'analyse de la situation.....	71
7.2.1	Nombre de participants aux ateliers.....	71
7.2.2	Participants aux ateliers.....	72
7.2.3	Liste des problèmes et besoins proposés aux ateliers.....	73
7.2.4	Compte-rendu de l'atelier 'stratégique' (atelier 1).....	74
7.2.5	Compte-rendu de l'atelier 'terrain' (atelier 2).....	75
7.2.6	Compte-rendu de l'atelier 'habitants' (atelier 3).....	76
7.3	Ateliers de définition d'une théorie d'action.....	77
7.3.1	Liste des activités proposées aux participants.....	77
7.3.2	Activités : Intégration des habitants du bâtiment de l'EVAM (atelier 5).....	78
7.3.3	Activités : Tonnelle fleurie/Jardin de poche (atelier 5).....	79
7.3.4	Activités : Pétition des jeunes pour un terrain de foot à la Vilette (atelier 5).....	80
7.3.5	Activités : Formation des personnes-relais (atelier 5).....	81
7.3.6	Activités : Mise à disposition d'un local pour les habitants du quartier Pierre de Savoie (atelier 5).....	82
7.3.7	Activités : Mise à disposition d'un local pour les habitants du quartier de la Vilette (atelier 5).....	83
7.3.8	Activités : Initiative Bonjour-Sourire (atelier 5).....	84
7.3.9	Activités : Groupe Voitures (atelier 5).....	85
7.3.10	Activités : Groupe jeux et Stamm (atelier 5).....	86
7.3.11	Activités : Petits mercredis et mercredis intergénérationnels (atelier 5).....	87
7.3.12	Activités : Politique communale d'intervention communautaire (atelier 5).....	88
8	Bibliographie.....	89

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1	Outil de catégorisation des résultats de la promotion de la santé et de la prévention (SMOC).....	21
Figure 2	Les sous-catégories de l'outil de catégorisation des résultats (SMOC)	21
Figure 3	Processus méthodologique.....	23
Figure 4	Illustration de l'utilisation du modèle	26
Figure 5	Mapping des parties prenantes	30
Figure 6	Organigramme du projet <i>Qualité de vie</i> de la ville d'Yverdon	31
Figure 7	Analyse de la situation : synthèse des problèmes constatés dans les quartiers.....	39
Figure 8	Axe 1 : Apporter des améliorations dans les quartiers en termes d'aménagement du territoire	49
Figure 9	Axe 2 : Promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel	51
Figure 10	Axe 3 : Favoriser le 'bien vivre' ensemble.....	53
Figure 11	Axe 4 : Favoriser une retraite sociale et active	55
Figure 12	Principales sous-catégories du SMOC touchées par le projet <i>Quartiers solidaires / Qualité de vie</i>	63
Tableau 1	Déroulement et calendrier des ateliers	25
Tableau 2	Synopsis des axes stratégiques	60
Tableau 3	Proposition de thèmes principaux des grilles d'entretien lors d'une future évaluation	64

RESUME

CONTEXTE ET CADRE

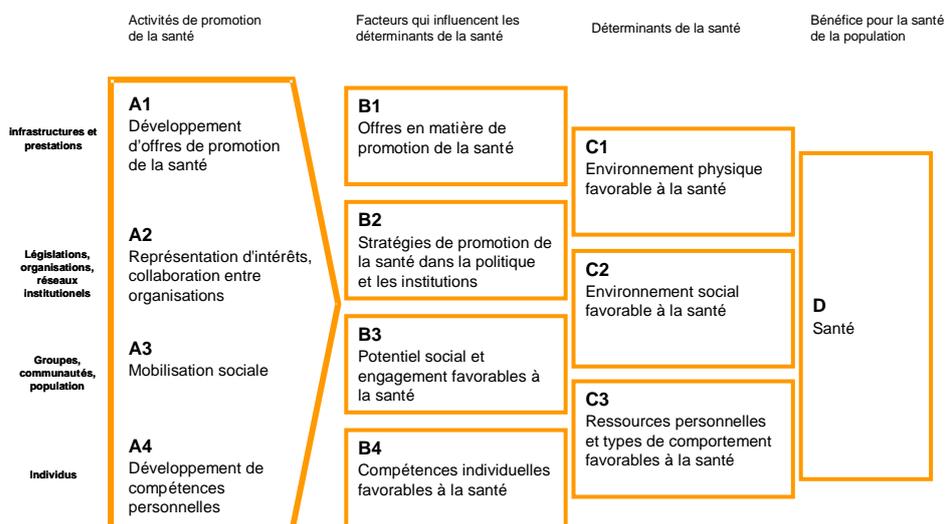
L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne a été mandaté par la Fondation Leenaards pour élaborer un cadre pour l'évaluation de l'impact d'un processus communautaire sur la santé des aînés dans la ville d'Yverdon, appelé *Quartiers solidaires*.

Quartiers solidaires est une méthodologie de développement communautaire, créée par l'unité de travail social communautaire de Pro Senectute Vaud. Elle a pour but d'améliorer la qualité de vie actuelle et future des personnes âgées au sein de leur quartier. Pour atteindre cet objectif, les habitants, et en particulier les aînés, sont invités à devenir auteurs et acteurs de leurs propres projets en créant une communauté locale.

Le projet *Quartiers solidaires* à Yverdon s'inscrit par ailleurs dans le cadre d'un projet communal de politique d'action sociale de la ville, *Qualité de vie*, s'appliquant au niveau de la ville et impliquant divers acteurs et instances.

L'IUMSP propose, pour l'élaboration de ce cadre, d'utiliser un outil : le « modèle de catégorisation des résultats ». Cet outil, appelé aussi SMOC (*Swiss Model for Outcome Classification*), permet à tous les partenaires impliqués dans le projet *Quartiers solidaires* d'établir ensemble un état de situation à laquelle ils sont confrontés (c'est à dire une analyse des problèmes auxquels ils doivent faire face), ainsi qu'une théorie d'action (c'est à dire un schéma qui structure les activités, en cours et planifiées, selon les divers objectifs visés). Cet outil, caractérisé par sa démarche participative, a été utilisé dans le cadre d'ateliers réunissant les différentes parties prenantes du projet. Il a trois utilisations possibles : faciliter l'analyse de la situation, aider à la planification d'interventions, ainsi qu'à leur évaluation. Le modèle comporte quatre colonnes et se présente de la manière suivante :

Outil de catégorisation des résultats de la promotion de la santé et de la prévention (SMOC)



Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta B. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss model for outcome classification in health promotion and prevention. *Health Promot Int* 2008;23(1):86-97. doi: 10.1093/heapro/dam038

Pour plusieurs raisons, une relation de causalité directe entre les activités de promotion de la santé et de la prévention et l'effet bénéfique sur la santé est généralement difficile à démontrer sur le plan épidémiologique. Ces activités visent les déterminants de la santé, mais les enchaînements pour y parvenir sont complexes. Le modèle propose donc une façon systématique de prévoir et de suivre les enchaînements entre les activités (colonne A : activités de promotion de la santé), les résultats intermédiaires (colonne B : facteurs influençant les déterminants de la santé et colonne C : déterminants de la santé), et le résultat final mesuré en termes de modification de l'état de santé (colonne D : bénéfique pour la santé de la population). Le modèle est basé sur la santé dans sa définition la plus large (telle que définie par l'OMS), englobant donc la qualité de vie, et est en adéquation avec l'approche écologique, qui repose sur une vision élargie des déterminants de la santé.

METHODE DE TRAVAIL

La première étape de cette étude a consisté pour l'équipe de recherche en une familiarisation avec le projet et les divers acteurs du projet. Cela comprend la participation aux séances et aux événements, la réalisation d'entretiens individuels avec divers acteurs, ainsi que la collecte de la documentation existante. Parallèlement, une revue de la littérature scientifique a été réalisée sur la Qualité de vie et les déterminants de la santé des aîné(e)s en lien avec l'intervention.

La deuxième étape a concerné la réalisation des ateliers. Pour ce faire, trois groupes de parties prenantes ont été constitués: a) le groupe 'stratégique' (constitué des personnes responsables de la ville, un cadre de Pro Senectute, ainsi que le consultant externe engagé par la municipalité pour soutenir la mise en œuvre du projet *Quartiers solidaires* à Yverdon) ; b) le groupe 'terrain' (constitué d'animateurs de proximité de Pro Senectute, de travailleurs sociaux de la ville, ainsi que d'un membre de la police de proximité) ; c) le groupe 'habitants' (constitué de personnes impliquées dans le projet).

Six ateliers ont été organisés. Les premiers ateliers concernaient l'appropriation de la méthodologie et la définition de l'analyse de la situation : un atelier a tout d'abord été mené avec chaque groupe de parties prenantes séparément afin d'identifier les problèmes rencontrés dans le quartier (analyse de la situation). Le quatrième atelier a été mené avec des représentants des trois groupes. Lors des deux derniers ateliers, menés également avec ces mêmes représentants, les parties prenantes ont été invitées à définir ensemble une théorie d'action. Celle-ci est en réalité constituée de plusieurs théories d'action correspondant à chacune des activités réalisées grâce à l'implantation de *Quartiers solidaires*.

REALISATION DE LA THEORIE D'ACTION

L'analyse de la situation a identifié et validé un grand nombre de problèmes relatifs à la qualité de vie dans les quartiers. Les préoccupations des parties prenantes se sont révélées globalement similaires. Si des différences ont néanmoins pu être constatées concernant des éléments particuliers, celles-ci représentaient davantage des perspectives différentes que des points de désaccord ; une synthèse des trois analyses de la situation a donc pu être mise au point et validée par l'ensemble des représentants des parties prenantes.

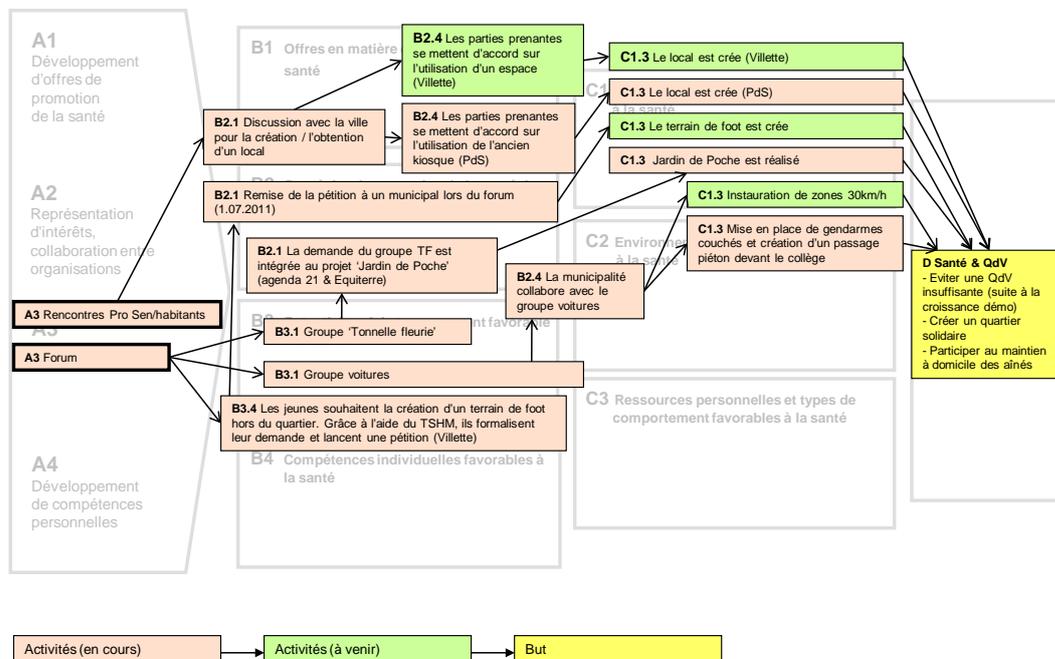
Sur la base des objectifs du projet *Quartiers solidaires* et des théories d'action développées collectivement lors des ateliers, l'équipe de recherche a réalisé une synthèse qui regroupe les activités par axe prioritaire et met en évidence les liens existants entre les objectifs et les déterminants de la santé. Le tableau ci-dessous récapitule les axes d'intervention et leurs impacts sur les déterminants de la santé (colonne C du modèle).

Synthèse des axes d'intervention du projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* dans la ville d'Yverdon.

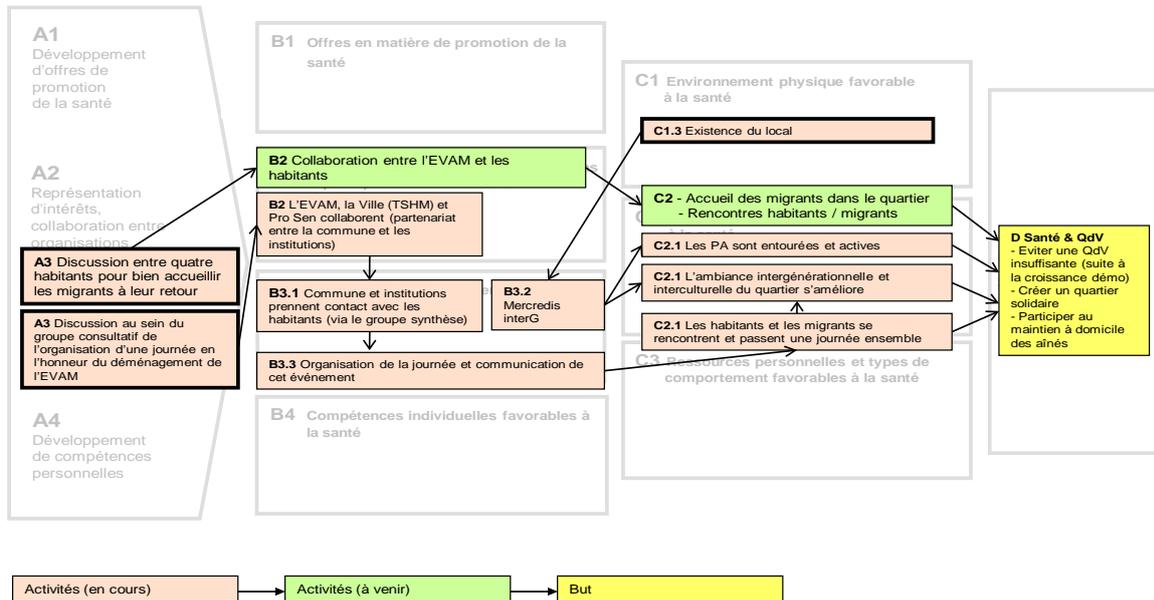
Axes d'interventions	Impact sur les déterminants de la santé
Axe 1 : Apporter des améliorations dans les quartiers en termes d'aménagement du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations sociales - Favoriser la mobilité et l'activité physique - Réduire l'insécurité
Axe 2 : Promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le sentiment d'insécurité - Favoriser les relations sociales - Valoriser le potentiel et les compétences des aînés
Axe 3 : Favoriser le 'bien vivre' ensemble	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations sociales - Réduire l'isolement - Encourager des comportements favorables à la santé
Axe 4 : Favoriser une retraite sociale et active	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations sociales - Valoriser le potentiel et les compétences des habitants

Ces axes d'intervention reprennent les objectifs prioritaires du projet *Quartiers solidaires*. Les illustrations ci-dessous présentent les théories d'action pour chacun de ces axes, élaborées à partir des différentes théories d'action développées par activité. Les éléments en gras marquent le point de départ de chaque théorie d'action.

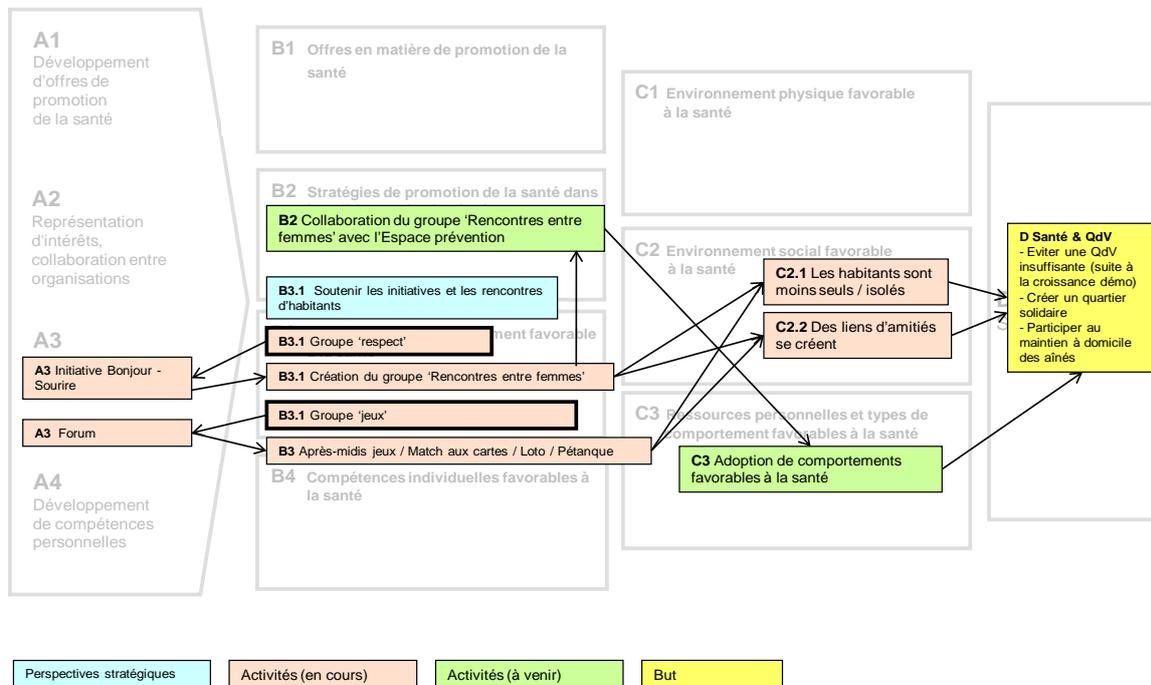
Axe 1 : Apporter des améliorations dans les quartiers en termes d'aménagement du territoire



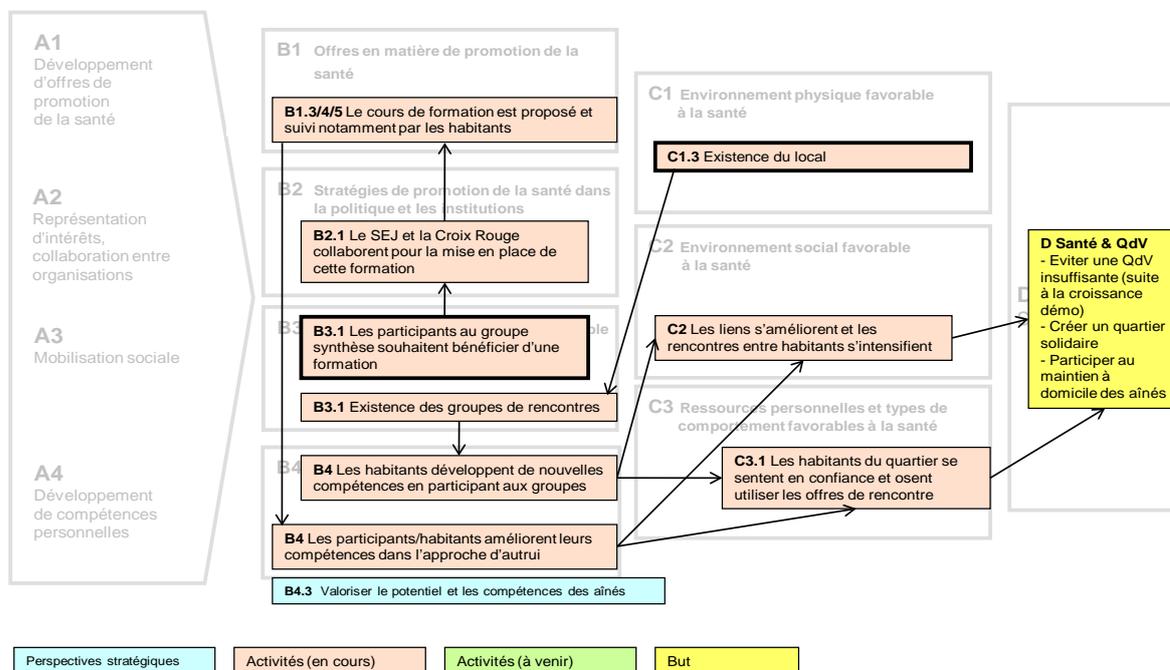
Axe 2 : Promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel



Axe 3 : Favoriser le 'bien vivre' ensemble



Axe 4 : Favoriser une retraite sociale et active



Les théories d'action développées dans le cadre de cette étude permettent donc d'établir un lien entre les activités mises en place par *Quartiers solidaires* (colonne A) et les objectifs fixés au niveau C touchant aux déterminants de la santé, tout en définissant les objectifs intermédiaires (B). En s'appuyant sur les données de la littérature, il a ensuite été possible de démontrer comment l'atteinte de ces objectifs au niveau des déterminants de la santé (colonne C) pourrait avoir un impact sur la santé (colonne D).

Etant donné que les projets *Quartiers solidaires/Qualité de vie* sont des projets visant une communauté et non pas des individus particuliers, les déterminants de la santé visés se situent essentiellement au niveau de l'environnement physique (catégorie C1) et de l'environnement social (catégorie C2), raison pour laquelle la présentation des apports de la littérature concernant les déterminants de santé se concentre sur ces deux éléments.

PERSPECTIVES D'ÉVALUATION

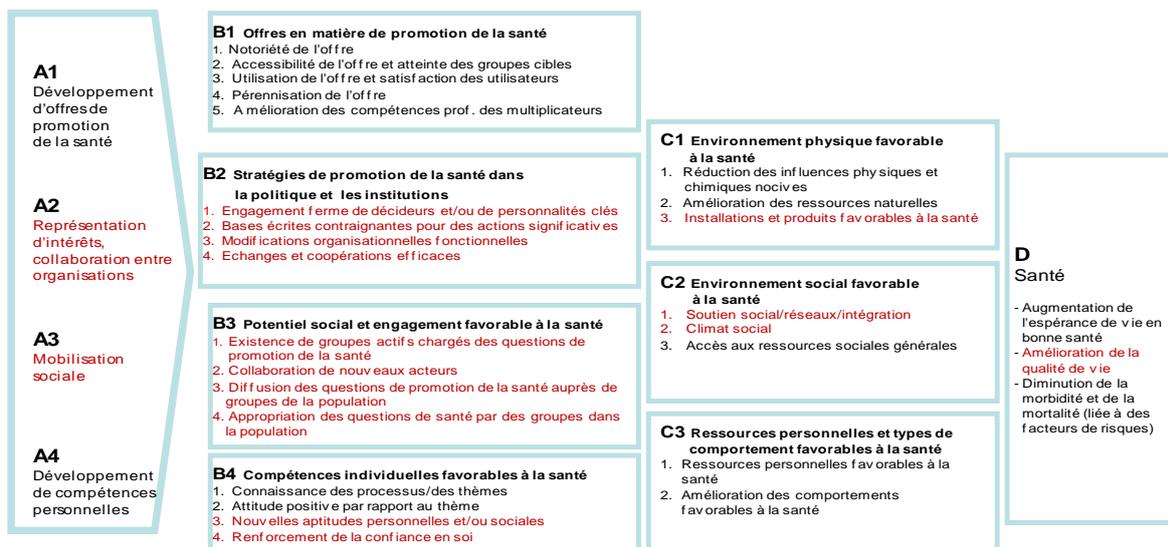
Une éventuelle évaluation du projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* devrait rester en cohérence avec le modèle utilisé pour définir le cadre d'évaluation. En effet, dans le modèle de catégorisation, chaque activité de promotion de la santé (Colonne A) est liée à un ou plusieurs résultats escomptés, ceux-ci se trouvant dans les colonnes B (Facteurs qui influencent les déterminants de la santé) et C (Effets sur les déterminants de la santé). Les sous-catégories, correspondant aux catégories B1-4 et C1-3, offrent déjà un guide concernant les indicateurs à formuler lors d'une éventuelle évaluation. C'est en premier lieu celles-ci qui indiquent de façon plus spécifique les critères d'évaluation possibles pour chaque catégorie. Les sous-catégories du modèle sont illustrées dans le schéma ci-dessous. Dans ce schéma, les sous-catégories correspondant à la théorie d'action élaborée pour *Quartiers solidaires/Qualité de vie* apparaissent en rouge.

Il est donc possible de fixer un certain nombre d'objectifs, situés au niveau des catégories différentes, d'en préciser les critères d'évaluation en s'inspirant des sous-catégories, et ainsi d'évaluer l'atteinte des objectifs spécifiés dans la théorie d'action à différents niveaux et à différentes étapes.

Cet exercice permet ainsi d'apprécier la réalisation effective des objectifs à différents points dans l'enchaînement de la théorie d'action, c'est à dire, comment les différentes activités sont susceptibles de mener aux buts du projet. Il permet également de valider les mécanismes de changement implicites dans les liens hypothésisés entre les différentes catégories que décrivent les théories d'action.

A titre d'exemple, pour les résultats au niveau de la catégorie C2, "Environnement social favorable à la santé", les questions d'évaluation pourraient se poser dans les termes suivants : Les habitants ont-ils remarqué des changements au niveau de l'ambiance et des relations sociales dans le quartier ? Si oui, est-ce qu'ils l'apprécient ? A quoi attribuent-ils ce changement ? Le cas échéant, se sentent-ils moins isolés qu'avant ? Ont-ils l'impression de mieux connaître leurs voisins ou de les côtoyer davantage ?

Principales sous-catégories du SMOC touchées par le projet *Quartiers solidaires / Qualité de vie*



Ainsi, comme il vient d'être décrit, des questions d'évaluation peuvent être générées pour apprécier l'ensemble des objectifs et des liens proposés dans la théorie d'action. Le choix final des questions lors d'une éventuelle évaluation dépendra des intérêts particuliers du mandant, ainsi que des autres parties prenantes participant à la définition du mandat. Ce choix dépendra bien évidemment aussi du calendrier défini ainsi que des ressources humaines et financières à disposition.

Les dispositifs et outils pour apprécier les réponses aux questions d'évaluation définies devraient être choisis en fonction des questions posées. Généralement, on préconise une approche mixte, incorporant des méthodes qualitatives et quantitatives. Certains aspects plus routiniers se laissent également apprécier par un monitoring relativement simple des activités. Il est à souligner que chaque question d'évaluation ne donne pas lieu à une étude spécifique : si des entretiens sont menés avec les acteurs du projet ou les habitants du quartier, plusieurs problématiques peuvent être adressées dans la même grille d'entretien ou dans le même questionnaire.

A titre d'exemple, la méthodologie d'une future évaluation pourrait consister en :

- le développement des outils de monitoring pour les groupes actifs afin de documenter de manière systématique leurs activités et le degré de participation des habitants et les réseaux sociaux émergents ;
- des entretiens menés avec les membres de groupes actifs ;
- des entretiens menés avec un échantillon structuré (*purposive sample*)
 - des partenaires associés au projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie*
 - des habitants du quartier (ne participant pas aux groupes actifs mais susceptibles d'être touchés par leurs activités) ;
- une enquête auprès des habitants âgés de plus de 60 ans; le questionnaire utilisé serait défini à partir des résultats des entretiens menés au préalable (voir ci-dessus).

Le tableau ci-dessous indique les principaux thèmes à aborder lors des entretiens selon la population en question. De nouveau, ce tableau est proposé pour illustrer la démarche, son contenu devrait être révisé et validé par les parties prenantes d'une future évaluation.

Proposition de thèmes principaux des grilles d'entretien lors d'une future évaluation du projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie*

Thèmes communs	Environnement physique : Sentiments de sécurité/ insécurité Perceptions du niveau d'agrément du quartier Déplacements dans le quartier (facilité, fréquences) Appréciation et utilisation des infrastructures du quartier Appréciation et utilisation des transports Environnement social : Connaissance et fréquentation des autres habitants Perception de la qualité des relations sociales dans le quartier Perception de la qualité des relations sociales avec les jeunes Perception de la qualité des relations sociales avec les habitants du bâtiment de l'EVAM		
Thèmes spécifiques	Membres actifs des groupes <i>Quartiers solidaires/Qualité de vie</i> Eventuelles retombées au niveau personnel de leur engagement dans le projet <i>Quartiers solidaires/Qualité de vie</i> : Intégration sociale au sein du quartier Image de soi Niveau de compétences Sens d' <i>empowerment</i> Sentiments de sens/ de but dans la vie	Partenaires Perception du projet <i>Quartiers solidaires/Qualité de vie</i> en termes de : La qualité des collaborations La pertinence et l'utilité du projet La cohérence du projet avec les politiques communale/sanitaire de la ville	Habitants Notoriété perçue du projet Connaissances du projet Pertinence des activités relative aux besoins perçus des personnes âgées dans le quartier Pertinence des activités relative aux besoins personnels

Une future évaluation devrait également intégrer les résultats à disposition relatifs aux indicateurs incorporés systématiquement à la démarche *Quartiers Solidaires*. Ceux-ci visent la qualité de l'intervention en référence aux bases théoriques et méthodologiques du concept d'intervention. Ces indicateurs permettent d'apprécier à quel niveau l'intervention s'est déroulé comme prévu. Il est tout à fait possible de maintenir ces indicateurs tels quels tout en les classant dans les différentes catégories du modèle de classification des résultats.

Un autre défi que rencontrerait une éventuelle évaluation se pose en termes du moment à intervenir dans le processus global. Au sein de chaque quartier, les activités identifiées n'ont pas débuté en même temps et connaissent chacune une dynamique différente en termes de leur avancement. Cette complexité devrait aussi être prise en compte au cours d'une éventuelle évaluation. Le protocole devrait également prendre en compte le fait que le projet *Quartiers solidaires* est imbriqué dans le projet *Qualité de vie*.

Enfin, une évaluation définie à partir du cadre proposé permettrait d'apprécier la force de différents liens dans les théories d'action correspondant aux axes stratégiques, ainsi que l'atteinte des objectifs estimés prioritaires. Elle devrait également permettre d'identifier les facteurs favorables et défavorables à la réussite des démarches de développement communautaire entreprises. Des informations concernant l'ensemble de ces éléments serviront à l'ensemble des parties prenantes pour améliorer l'efficacité du projet et pour améliorer son déroulement, ainsi que celui des autres, lorsque la méthodologie *Quartiers solidaires* est implantée ailleurs.

1 INTRODUCTION

1.1 LE PROJET QUARTIERS SOLIDAIRES

Quartiers solidaires est une méthodologie de développement communautaire, créée par l'unité de travail social communautaire de Pro Senectute Vaud, coordonnée et formalisée sous la direction de son responsable d'unité. La Fondation Leenaards soutient et participe activement aux développements de la méthodologie depuis son lancement.

Elle a pour but de faciliter l'intégration des personnes âgées au sein de leur quartier afin d'améliorer leur qualité de vie actuelle et future. Pour atteindre cet objectif, les habitants, et en particulier les aînés, sont invités à devenir auteurs et acteurs de leurs propres projets en créant une communauté locale. Un quartier étant composé d'habitants de tous les âges, le lien social intergénérationnel est aussi considéré dans la démarche communautaire.

La méthodologie *Quartiers solidaires* est formalisée dans une documentation¹, ce qui assure la consistance de la méthodologie, toute en laissant la possibilité d'une adaptation à chaque contexte. Elle propose un accompagnement sur le terrain, d'une durée moyenne de cinq ans, qui comprend cinq phases: l'exploration, la construction, l'émergence de projets, la réalisation et l'autonomisation.

Les indicateurs proposés par le projet sont définis comme des indicateurs de performance, de résultat et de qualité. Ils permettent d'assurer la qualité d'un projet dans son ensemble, c'est à dire qu'il se déroule selon la méthodologie prévue. Ainsi, ces indicateurs permettent de suivre la pertinence et la réalisation de l'implantation de la méthodologie. Cela peut être par exemple l'assurance de s'adresser à une communauté, le nombre et le type d'activités mises en place sur une période donnée, la proportion de personnes et organisations informées, ou encore le nombre de personnes s'engageant dans les activités communautaires. D'autres critères de qualité sont mentionnés et concernent l'adhérence au principe de développement communautaire, comme le développement des propres ressources (« empowerment »), la participation au processus de changement, l'interdisciplinarité, la durabilité ou encore l'autonomisation.

Le projet *Quartiers solidaires* a été développé dans différentes villes ou quartiers du canton de Vaud, tels que Bellevaux (à Lausanne)², Prilly Nord ou encore Vallorbe. Dans les dix ans depuis son lancement, on dénombre treize projets menés ou en cours dans le canton de Vaud.

1.2 INTÉGRATION DU PROJET QUARTIERS SOLIDAIRES DANS LA POLITIQUE QUALITÉ DE VIE DE LA MUNICIPALITÉ D'YVERDON

La ville d'Yverdon-les-Bains s'engage officiellement à développer la communauté afin d'améliorer la qualité de vie conformément au concept de ville en santé défini par l'OMS^a. Elle intègre ainsi dans sa politique la promotion de la qualité de vie dans un environnement durable. L'objectif visé est d'enrichir le lien social urbain en privilégiant la relation sociale de proximité, ainsi qu'en suscitant et en soutenant les initiatives et les rencontres d'habitants permettant la valorisation des quartiers et de la ville^b.

En juin 2006, la ville d'Yverdon-les-Bains, Promotion Santé Suisse et Pro Senectute Vaud ont conclu un contrat de collaboration fondé sur la volonté d'une démarche communautaire. L'objectif était de

^a Une ville en santé est une 'ville qui crée et améliore en permanence les environnements physiques et sociaux et développe les ressources communautaires qui permettent aux individus de se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et réaliser pleinement leur potentiel', http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf (accédé le 15.08.2011).

^b <http://www.yverdon-les-bains.ch/prestations-deladministration/education-et-jeunesse/qualite-de-viebien-vivre-ensemble/>(accédé le 15.08.2011).

mettre sur pied et de développer un processus de participation des citoyens au niveau de l'amélioration de la qualité de vie dans leur quartier en y apportant plus de convivialité et de solidarité au quotidien. Ce projet d'amélioration de la qualité de vie a débuté à Yverdon dans le quartier de *Pierre-de-Savoie*, puis s'est étendu au quartier de la *Villette* et plus récemment à celui de la *gare*. Le projet *Quartiers solidaires* est destiné à contribuer à la réalisation de cet objectif dans les quartiers *Pierre-de-Savoie* et la *Villette*.

Quartiers solidaires s'inscrit donc dans le cadre d'un projet communal de politique d'action sociale s'appliquant au niveau de la ville et impliquant divers acteurs et instances.

1.3 LE MANDAT

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne a été mandaté par la Fondation Leenaards pour élaborer un cadre pour l'évaluation de l'impact du processus communautaire sur la santé des aîné(e)s dans la ville d'Yverdon. Il s'agit du projet *Quartiers solidaires*, intégré dans le projet global *Qualité de vie*, initié par les autorités de la ville d'Yverdon.

L'IUMSP propose, pour l'élaboration de ce cadre, d'utiliser un outil : le « modèle de catégorisation des résultats »³⁻⁵. Cet outil, appelé aussi SMOC^c, permet à tous les partenaires impliqués dans les projets *Quartiers solidaires* et *Qualité de vie* d'établir ensemble un état de situation à laquelle ils sont confrontés (c'est à dire une analyse des problèmes auxquels ils doivent faire face), ainsi qu'une théorie d'action (c'est à dire un schéma qui structure les activités, en cours et planifiées, selon les divers objectifs visés).

Pour ce faire, l'ensemble des parties prenantes sont intégrées, à savoir les habitants, la Fondation Leenaards, Pro Senectute Vaud, les responsables politiques et administratifs de la Ville, ainsi que les collaborateurs sur le terrain. Cette méthodologie, appliquée par l'équipe mandatée, permet une co-construction des objectifs de l'ensemble des activités, élaborée en accord avec toutes les parties prenantes. Cette co-construction est essentielle au vu de la diversité possible des perspectives des acteurs.

La définition de ce cadre passe par les étapes suivantes :

- étape préparatoire de familiarisation avec le contexte, récolte et analyse de la documentation et de la littérature, mise au point des ateliers ;
- réalisation des ateliers permettant de faire une analyse de la situation ;
- réalisation des ateliers permettant de définir une théorie d'action (activités, objectifs intermédiaires et finaux du projet) ;
- mise en perspective de la théorie d'action avec les données scientifiques concernant les déterminants de la santé et de la qualité de vie des aîné(e)s.

L'élaboration de ce cadre constitue donc une étape incontournable à une possible évaluation de l'impact du processus communautaire en question. Le cadre définit une série d'objectifs, posés à chaque étape et allant de la réalisation effective des activités à l'impact sur les déterminants reconnus de la santé des aîné(e)s. Ces objectifs peuvent par la suite servir à la définition des indicateurs pour une éventuelle évaluation. Si une telle évaluation a lieu, les questions précises d'évaluation devront encore être définies avec les mandants; ce travail implique la prise en compte des ressources humaines et financières à disposition, du calendrier souhaité et du choix des objectifs estimés prioritaires. Le cadre proposé laisse donc encore ouvert le choix du focus souhaité pour une telle évaluation (ex : pertinence, impact), ainsi que le choix des méthodes de récolte des données qualitatives et/ou quantitatives.

A noter qu'au cours du mandat, l'équipe de recherche a eu l'occasion de présenter cette approche méthodologique à la Conférence Suisse de santé publique (Nottwil, septembre 2010^d) et sur invitation

^c Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC), titre formel depuis 2006.

^d http://www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth_home_fr.html (accédé le 15.08.2011).

lors des Journées de la Prévention organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en France (INPES)^e (Paris, juin 2011).

1.4 STRUCTURE DU RAPPORT

Les informations concernant les aspects méthodologiques de la recherche sont regroupées au chapitre 2.

Les résultats sont présentés aux chapitres 3 à 5 et correspondent aux principales étapes de l'étude, à savoir :

- Chapitre 3 : étape préparatoire (définition des enjeux, récolte de la documentation concernant le processus communautaire et la littérature scientifique)
- Chapitre 4 : analyse de la situation (problèmes actuels ou potentiels constatés relatifs à la qualité de vie dans les quartiers concernés)
- Chapitre 5 : développement de la théorie d'action (quelles sont les activités passées, actuelles et planifiées, et par quels moyens les acteurs pensent-ils qu'elles peuvent avoir un impact sur les déterminants de la santé des aîné(e)s).

Enfin, le chapitre 6 parle de faisabilité et esquisse des perspectives d'évaluation. Les perspectives pour une éventuelle évaluation y sont davantage précisées.

Pour faciliter la lecture du rapport et le suivi du processus, de nombreuses données se trouvent en annexe. Celles-ci fournissent des informations complémentaires pour chaque étape de l'étude.

A noter, par ailleurs, que les termes relatifs aux activités mises en place figurent en italique dans le texte.

^e Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, <http://www.inpes.sante.fr/> (accédé le 15.08.2011).

2 METHODE

2.1 APPROCHE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Le modèle de catégorisation des résultats de promotion de la santé et de la prévention³⁻⁵ a été développé par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, en collaboration avec Promotion Santé Suisse et l'Institut de médecine sociale et préventive de Berne. Le développement de cet outil s'inspire d'une part des concepts de promotion de la santé, tels qu'exprimés dans la Charte d'Ottawa^f, et d'autre part, d'un courant de l'évaluation généralement connu sous le terme « Programme theory »⁶. Cet outil a trois utilisations possibles : faciliter l'analyse de la situation et aider à la planification d'interventions ainsi qu'à leur évaluation. Il peut être appliqué au niveau de projets, de programmes ou de stratégies. Son utilisation, ainsi que son enseignement se répandent en Suisse et à l'étranger.

Puisque cet outil, développé dans le secteur de la promotion de la santé, est appliqué dans le contexte actuel d'un projet de développement communautaire, il convient de préciser que, dans ce modèle, la santé est comprise dans un sens très large. En effet, en 1946 déjà, la définition de la santé de l'OMS spécifie que la santé n'est pas simplement une absence de maladie ou d'infirmité, mais un état de complet bien-être physique, mental et social^g. Cette vision s'est poursuivie au fil des années avec l'approche biopsychosociale^h et le développement du concept de salutogenèseⁱ. Puis, les Chartes d'Ottawa et de Bangkok^j concrétisent, en 1986 et 2005 respectivement, une conception de promotion de la santé qui va bien au-delà d'une conception purement médicale de la santé. Dans cette vision, la santé et la qualité de vie sont intrinsèquement liées. Par exemple, la promotion de la santé implique la favorisation des processus d'*empowerment*^k (autonomisation), elle se focalise non seulement sur les individus mais sur leur environnement social et physique, elle est explicitement liée au développement durable. Puisque le SMOC s'inscrit clairement dans cette approche théorique, il est largement cohérent avec une grande partie des objectifs de la démarche *Quartiers solidaires*, ainsi que ceux visés par la politique de la ville d'Yverdon.

Le SMOC est également en adéquation avec l'approche dite écologique. Cette approche repose sur une vision élargie des déterminants de la santé et met l'accent sur les interrelations entre les individus et leur environnement^l.

Le modèle a été conçu pour améliorer et faciliter la pratique de la promotion de la santé à différents niveaux. Pour plusieurs raisons, une relation de causalité directe entre les activités de promotion de la santé et de la prévention et l'effet bénéfique sur la santé est généralement difficile à démontrer sur le plan épidémiologique. Ces activités visent les déterminants de la santé, mais les enchaînements pour y parvenir sont complexes : les effets se manifestent plutôt à long terme, de nombreux facteurs externes

^f http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (accédé le 28.03.2011).

^g Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

^h http://www.cerfasy.ch/cours_modbmbps.php

ⁱ <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1249>

^j http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

^k <http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1248>: « un processus d'apprentissage, avec de nouvelles libertés d'action qui aboutissent à une plus grande autodétermination de sa propre vie. Dans un tel processus, les êtres humains découvrent et développent leurs propres ressources ou des ressources collectives, réalisent de nouvelles expériences et acquièrent de nouvelles capacités. »

^l http://www.cerfasy.ch/cours_modeco.php

peuvent en influencer les résultats, et un résultat démontrable en termes de modification de l'état de santé est le résultat de tout un faisceau de mesures mises en œuvre. Le modèle propose donc une façon systématique de prévoir et de suivre l'enchaînement des résultats intermédiaires à obtenir en partant des activités pour arriver aux résultats mesurés en termes de modification de l'état de santé, et sert ainsi à ouvrir la « boîte noire » entre ces deux points. Il a également comme objectif de servir de « langage commun » entre les différents acteurs autour d'une intervention, à savoir les intervenants, les mandants et les évaluateurs.

Le modèle de catégorisation des résultats^m comporte quatre colonnes (voir Figure 1 et Figure 2): les activités et mesures s'inscrivent dans la colonne A et les résultats successifs de ces activités qui contribuent progressivement à une amélioration de la santé (c'est à dire : facteurs qui influencent les déterminants de la santé ; effets sur les déterminants de la santé ; bénéfice pour la santé de la population) sont classés dans les colonnes B, C et D. Les colonnes A et B sont structurées selon quatre approches : les activités destinées à avoir un effet sur les infrastructures et les prestations ; les activités qui visent des changements au niveau législatif, administratif, et organisationnel ou en termes de réseaux institutionnels ; les activités destinées à des groupes, à des populations spécifiques ou à la population générale ; les activités impliquant un contact direct en cherchant à améliorer les compétences des individus. Les déterminants de la santé (colonne C) sont classés en trois catégories : l'environnement physique ; l'environnement social ; les ressources personnelles et types de comportement.

Les sept catégories de résultats dans les colonnes B et C sont en outre subdivisées en 3 à 4 sous-catégories différentes. Par exemple, la catégorie B2 « Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions » comporte quatre sous-catégories qui se réfèrent à l'engagement ferme de décideurs et/ou de personnalités clés (B2.1), à des bases écrites contraignantes pour les actions significatives (B2.2), à des modifications organisationnelles fonctionnelles (B2.3), et à des échanges et coopérations efficaces (B2.4).

L'outil permet de développer un cadre selon une méthodologie participative et qualitative. Ceci n'implique cependant pas qu'une éventuelle évaluation retienne uniquement cette approche. En effet, le plus souvent, l'approche mixte s'avère la plus pertinente, en combinant par exemple des données qualitatives avec des données quantitatives. Ces dernières sont obtenues via des systèmes de monitoring ciblant des aspects spécifiques de l'intervention.

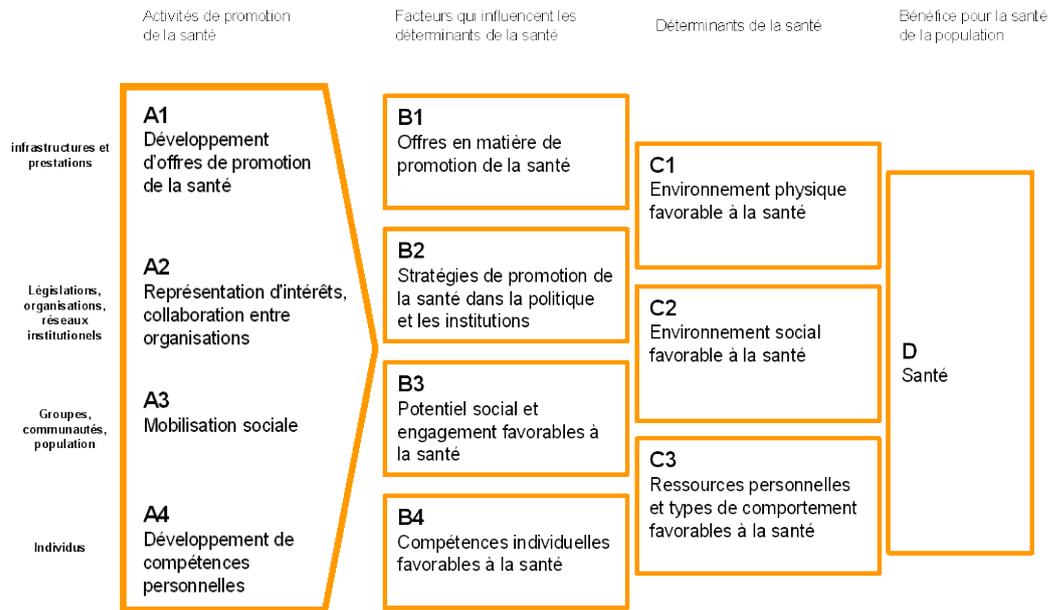
En résumé, l'outil de catégorisation des résultats propose :

- un cadre clair basé sur les principes théoriques de la promotion de la santé ;
- une méthode expérimentée et reconnue ;
- un « langage commun » entre les différents acteurs autour d'une intervention, à savoir, les intervenants, les mandants et les évaluateurs ;
- un moyen d'explicitier et d'intégrer les visions de toutes les parties prenantes du projet *Quartiers solidaires*.

Dans le contexte du projet *Quartiers solidaires* qui s'inscrit dans l'initiative *Qualité de vie* lancée par la municipalité d'Yverdon, l'outil propose un cadre commun et contribue à définir un protocole d'évaluation dont le contenu et les méthodes sont jugés pertinents et réalisables par l'ensemble des acteurs. Ce travail de co-définition assure la légitimité et l'acceptation de l'évaluation vis-à-vis de toutes les parties prenantes.

^m http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php (accédé le 28.03.2011).

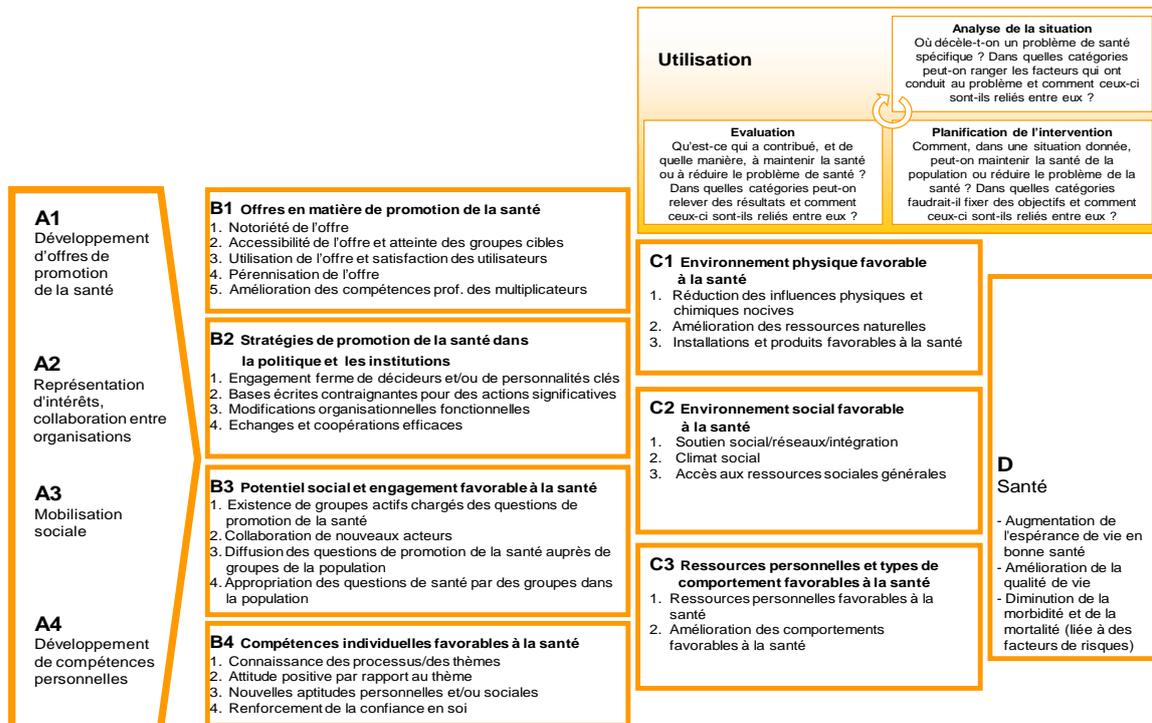
Figure 1 Outil de catégorisation des résultats de la promotion de la santé et de la prévention (SMOC)



Auteur(e)s: Cloetta B, Spencer B, Ackermann G, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Spörri-Fahmi, A.
© Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Figure 2 Les sous-catégories de l'outil de catégorisation des résultats (SMOC)



2.2 PROCESSUS METHODOLOGIQUE ADOPTE

2.2.1 Aperçu général

La mise au point du cadre d'évaluation a été faite selon un procédé structuré et prédéfini. Le schéma présenté en Figure 3 fournit un aperçu général des différentes étapes de ce processus. Celles-ci font l'objet d'une description détaillée dans ce chapitre (pp.24-26).

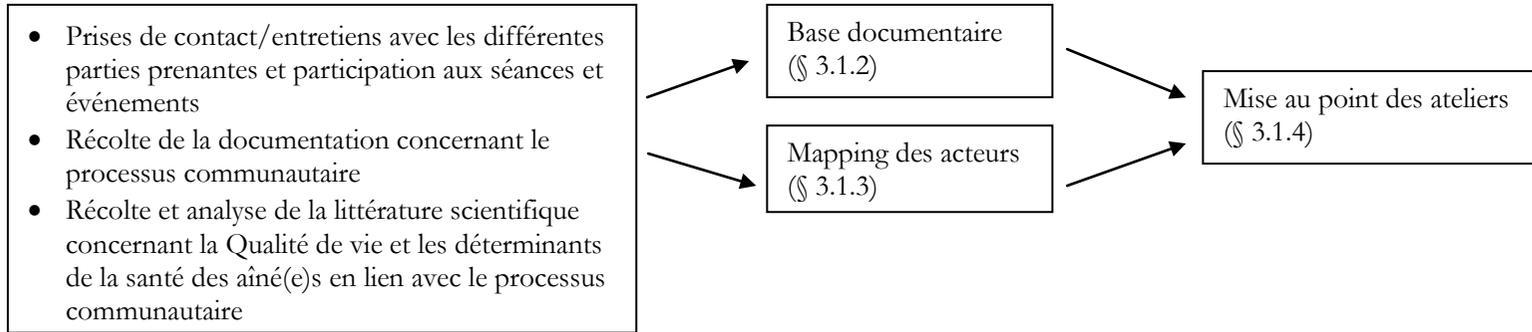
Les résultats sont présentés selon cette même structure. Le schéma (Figure 3) permet d'ailleurs de localiser, dans le rapport, la présentation de ces résultats, et ceci grâce aux renvois de chapitres/paragraphes.

L'élaboration du cadre d'évaluation s'est donc déroulé en deux étapes principales : a) l'étape préparatoire ; b) la réalisation des ateliers.

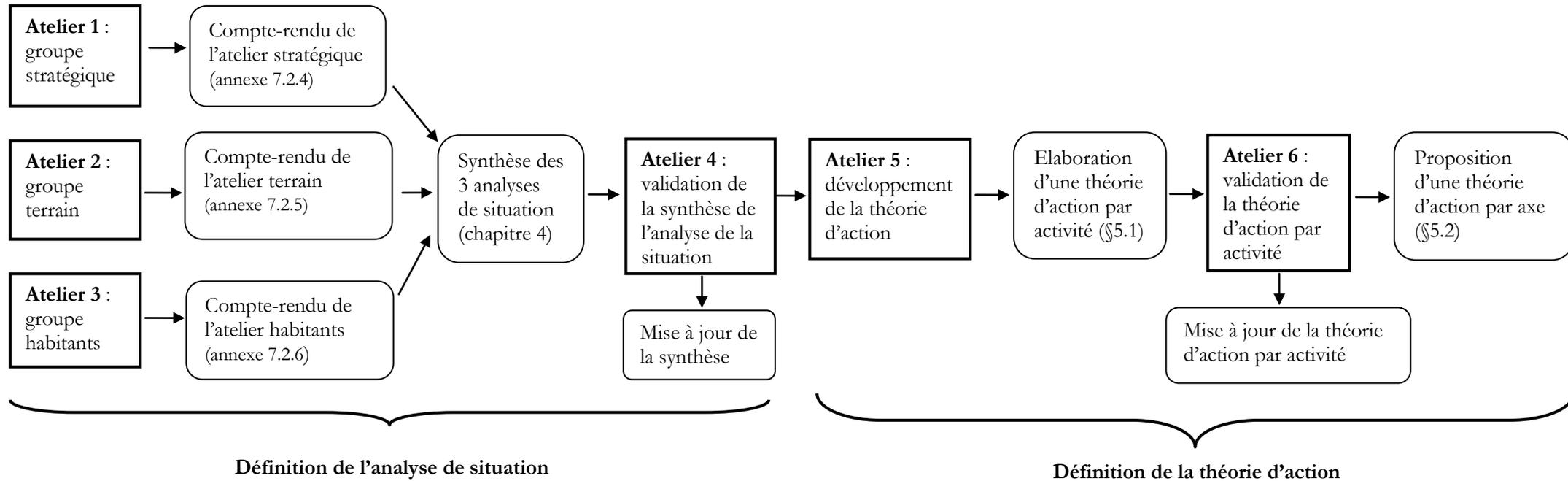
Ensuite, afin de compléter le travail de terrain, l'équipe de l'IUMSP a repris la littérature scientifique concernant la Qualité de vie et les déterminants de la santé des aîné(e)s, afin de mettre en évidence la manière dont les objectifs définis dans la théorie d'action lors des ateliers peuvent avoir un impact sur la qualité de vie et la santé des aîné(e)s dans les quartiers concernés.

Figure 3 Processus méthodologique

1. Etape préparatoire



2. Réalisation des ateliers



2.2.2 Etape préparatoire

La première étape a consisté pour l'équipe de recherche en une familiarisation avec le projet et les divers acteurs du projet. Cela comprend la participation aux séances et aux événements, la réalisation d'entretiens individuels avec divers acteurs, ainsi que la collecte de la documentation existante.

Parallèlement, une revue de la littérature scientifique a été réalisée sur la Qualité de vie et les déterminants de la santé des aîné(e)s.

La familiarisation de l'équipe de recherche avec le projet et la réalisation de la revue de littérature ont eu lieu, de manière progressive, entre mars et octobre 2010.

- **Prises de contact avec les parties prenantes et participation aux séances et aux événements**

L'équipe de recherche a eu divers contacts préliminaires avec les principales parties prenantes sous la forme de contacts téléphoniques, rencontres informelles et visite accompagnée des lieux.

De plus, l'équipe de recherche a participé activement et passivement à des séances réunissant les diverses instances actives du projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie*, telles que les autorités municipales, Pro Senectute, etc. Elle a également participé à des événements, tels que les Forums, afin de mieux comprendre la démarche communautaire.

- **Récolte de la documentation concernant le processus communautaire**

L'équipe de recherche a également récolté de la documentation sur le projet. Cette littérature grise a été fournie par les acteurs eux-mêmes et est constituée de divers types de documents (voir sous-chapitre 3.1.2 et annexe 7.1.1).

Cette base documentaire a permis une meilleure compréhension de la situation. De plus, une fois constituée, elle a fait l'objet d'une analyse détaillée afin de dégager une liste des problèmes et besoins constatés, ainsi que des activités et des objectifs du processus de développement communautaire engagé dans les quartiers concernés.

- **Récolte et analyse de la littérature scientifique**

Une revue succincte de la littérature a été réalisée pour approfondir le concept de qualité de vie chez les personnes âgées et les moyens utilisés pour l'apprécier. Basée sur une recherche dans les bases de données Ovid/Medline, Psychlit, Web of Science et Saphir, ainsi que des demandes auprès d'experts, une analyse des contenus des publications a permis de tenter une synthèse des thèmes principaux, des points de consensus et des lignes de désaccord les plus notables (voir sous-chapitre 3.2)ⁿ. Quelques entretiens informels ont également été menés avec différentes personnes engagées dans le projet afin de nourrir la réflexion concernant cette littérature.

Concernant les déterminants de la santé des aîné(e)s en lien avec le processus communautaire, il a été possible d'identifier des revues pointues faisant le bilan de plusieurs études menées dans ce domaine.

2.2.3 Réalisation des ateliers

L'étape préparatoire effectuée, l'équipe de recherche a pu s'atteler à l'organisation et à la réalisation des ateliers. Les ateliers, d'une durée de trois heures environ, se sont déroulés en deux grandes étapes:

- les ateliers d'appropriation de la méthodologie et de définition de l'analyse de la situation (n=4) ;
- les ateliers de définition d'une théorie d'action (n=2).

Ils ont eu lieu pendant trois mois, entre le 5 avril et le 4 juillet 2011. Le tableau suivant présente le déroulement et le calendrier de ces ateliers.

ⁿ Une analyse de cette littérature sous forme plus conséquente que celle qui apparaît dans ce rapport a également été transmise à la Fondation Leenaards (auteurs : Bertrand Graz, Brenda Spencer).

Tableau 1 Déroulement et calendrier des ateliers

Description	Participants	Date
Ateliers d'appropriation de la méthodologie et de définition de l'analyse de la situation		
1. Analyse de la situation	Groupe 'stratégique'	5 avril 2011
2. Analyse de la situation	Groupe 'terrain'	8 avril 2011
3. Analyse de la situation	Groupe 'habitants'	15 avril 2011
4. Validation de l'analyse de la situation	Groupe constitué de représentants des ateliers 1,2,3.	12 mai 2011
Ateliers de définition d'une théorie d'action		
5. Développement de la théorie d'action	Groupe constitué de représentants des ateliers 1,2,3.	6 juin 2011
6. Validation de la théorie d'action	Groupe constitué de représentants des ateliers 1,2,3.	4 juillet 2011

Pour réaliser les ateliers, trois groupes ont été constitués selon le niveau de proximité des intervenants : groupe 'stratégique', 'terrain' et 'habitants'. Les groupes, ainsi que leur composition ont été définis en accord avec Pro Senectute.

Les participants ont été contactés par mail ou par téléphone et se sont vus soumettre plusieurs propositions de dates. Les ateliers, notamment l'atelier stratégique, n'ont pas toujours été aisés à organiser en raison des différentes disponibilités des participants. L'annexe 7.2.1 et 7.2.2 précisent pour chacun des ateliers le nombre et les personnes présentes.

2.2.3.1 Ateliers de définition de l'analyse de la situation

Un atelier a tout d'abord été mené avec chaque groupe de parties prenantes (atelier 1 : stratégique, atelier 2 : terrain et atelier 3 : habitants) afin de mettre au point une analyse de la situation, c'est à dire l'identification des problèmes rencontrés dans le quartier. Le groupe 'stratégique' a réuni des personnalités politiques, un responsable Pro Senectute, ainsi que le consultant externe engagé par la municipalité pour soutenir la mise en œuvre du projet *Quartiers solidaires* à Yverdon. Le groupe 'terrain' était constitué d'animateurs de proximité Pro Senectute et de travailleurs sociaux hors murs de la Ville d'Yverdon), ainsi que d'un membre de la police de proximité. Et le groupe 'habitants' a rassemblé des habitants impliqués dans le projet, qui étaient majoritairement des aînés.

Comme indiqué précédemment, l'analyse de la documentation a permis d'identifier des éléments qui pouvaient être considérés comme des problèmes et/ou des besoins. Ceux-ci ont été soumis sous forme de mots clés aux participants des différents ateliers qui les ont validés, modifiés, supprimés ou encore en ont ajoutés d'autres. L'annexe 7.2.3 présente ces éléments proposés aux participants. A l'aide d'une affiche sur laquelle se trouvait une grande version du modèle (SMOC), les participants ont également été invités à ranger dans le modèle les éléments sur lesquels ils s'étaient mis d'accord (voir Figure 4).

Figure 4 Illustration de l'utilisation du modèle



Un compte-rendu de chaque atelier (ateliers 1, 2, 3) sous forme de schéma et de texte explicatif a été réalisé et transmis aux participants. Celui-ci illustre, pour chacun des groupes, quelle était leur état de situation (annexes 7.2.4, 7.2.5, 7.2.6).

L'équipe d'évaluation a ensuite réalisé une synthèse des trois états de situation, afin de mettre en lumière les points d'accord et de désaccord. Un quatrième atelier a alors pu être mené avec des représentants des trois groupes afin de valider cette synthèse et d'y apporter les modifications nécessaires. La version synthétisée a ensuite été informatisée et transmise à l'ensemble des participants.

A noter que les premières rencontres ont également permis à l'équipe de recherche d'apporter aux participants des clarifications concernant l'utilisation de l'outil et la méthodologie en général.

2.2.3.2 Ateliers de définition d'une théorie d'action

Pour rappel, les ateliers 4, 5 et 6 ont été menés avec des représentants des trois premiers groupes. Ceux-ci ont été sélectionnés de manière à ce que les différentes parties prenantes soient toujours représentées au sein des ateliers. En cas d'indisponibilités, les participants sélectionnés se sont organisés avec leurs collègues pour être remplacés.

Durant les ateliers, les échanges se sont déroulés de manière naturelle et équilibrée. Tant les professionnels que les habitants ont donc pu s'exprimer librement.

Lors du 5^{ème} atelier, l'équipe de recherche a présenté les activités qu'elle a pu identifier suite à la lecture de la documentation (voir annexe 7.3.1). Comme pour les problèmes et besoins, les participants ont pu s'exprimer sur les activités proposées et les modifier à leur convenance : certaines activités ont ainsi été ajoutées et d'autres supprimées.

Les participants ont également été invités à expliciter la logique qui sous-tend les différentes activités, ainsi que les liens entre les effets de ces activités et la réalisation des objectifs. Ce processus d'explicitation constitue un aspect clé de la méthodologie prônée. Il permet l'obtention d'un consensus et rend explicite des logiques restant auparavant implicites.

Une théorie d'action a été élaborée pour chacune des activités. Ces différentes théories d'action ont ensuite été informatisées et soumises aux participants, lors d'un dernier atelier (atelier 6). Ce dernier atelier, l'atelier de validation de la théorie d'action, a permis de valider les différentes théories d'action et d'y apporter les dernières modifications souhaitées. Les participants ont également pu s'exprimer sur les développements futurs du projet *Quartiers solidaires* dans leur quartier.

Sur la base des théories d'action élaborées par activité, l'équipe de recherche a ensuite réalisé une synthèse par axe prioritaire. Cette synthèse englobe des activités menées, en cours et envisagées et met en évidence les liens existants entre les objectifs du processus communautaire et les déterminants de la santé.

3 ÉTAPE PRÉPARATOIRE

3.1 DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LES QUARTIERS

3.1.1 La ville d'Yverdon-les-Bains

La ville d'Yverdon-les-Bains, située dans le district de Jura-Nord Vaudois, est la deuxième ville du canton de Vaud. Elle compte quelque 27'000 habitants et héberge 40% des emplois du Nord vaudois. Yverdon-les-Bains est une cité en pleine expansion tant du point de vue des emplois qui y sont créés que du nombre de ses habitants^o.

La structure de la population yverdonnoise montre une proportion importante d'ainé(e)s (65 ans et plus : 17.5% de la population) en comparaison du canton ou de la Suisse^p. De même, la part de la population étrangère résidente à Yverdon-les-Bains est significativement plus importante que dans le canton de Vaud ou qu'au niveau suisse. Le projet *Qualité de vie* (cf. §1.2) est né de la volonté de prévenir les difficultés que peut rencontrer une ville face à ces constats.

Yverdon-les-Bains met un accent tout particulier dans le domaine du développement durable, à travers le programme « Agenda 21 ». Ce programme vise à mettre en œuvre le développement durable de manière concrète et propose des actions dans les domaines de la mobilité douce et de la consommation. Parallèlement, la commune se prépare à accéder à la labellisation « Cité de l'Énergie ».

La Municipalité reconnaît par ailleurs le rôle fondamental joué par les jeunes. Ainsi, la politique de l'enfance et de la jeunesse vise à encourager et valoriser l'esprit d'initiative des jeunes en promouvant leur créativité et leurs capacités dans tous les domaines. Un accent tout particulier est porté sur la création de liens sociaux et intergénérationnels, notamment par le développement de démarches communautaires, dont la collaboration avec Pro Senectute.

3.1.2 Base documentaire

Comme mentionné dans le chapitre consacré à la méthode, l'équipe de recherche a mis au point un corpus d'information, à savoir un document qui réunit toute la documentation qu'elle a pu récolter auprès des acteurs concernant le projet *Quartiers solidaires*. Ce corpus d'information réunit des documents très variés, tels que la présentation de la méthodologie *Quartiers solidaires*, des comptes-rendus de séances, la description des activités, la littérature scientifique ou encore de la documentation provenant de l'OMS. La liste des documents figurant dans cette base documentaire se trouve à l'annexe 7.1.1.

Cette base documentaire a été indispensable à l'équipe de recherche non seulement pour sa familiarisation avec le projet, mais également pour la réalisation des ateliers. En effet, une fois constituée, cette base a fait l'objet d'une analyse détaillée qui a permis de dégager une liste des problèmes et besoins constatés, ainsi que des activités et objectifs du processus communautaire. Ces éléments ont été le point de départ des discussions abordées lors des ateliers.

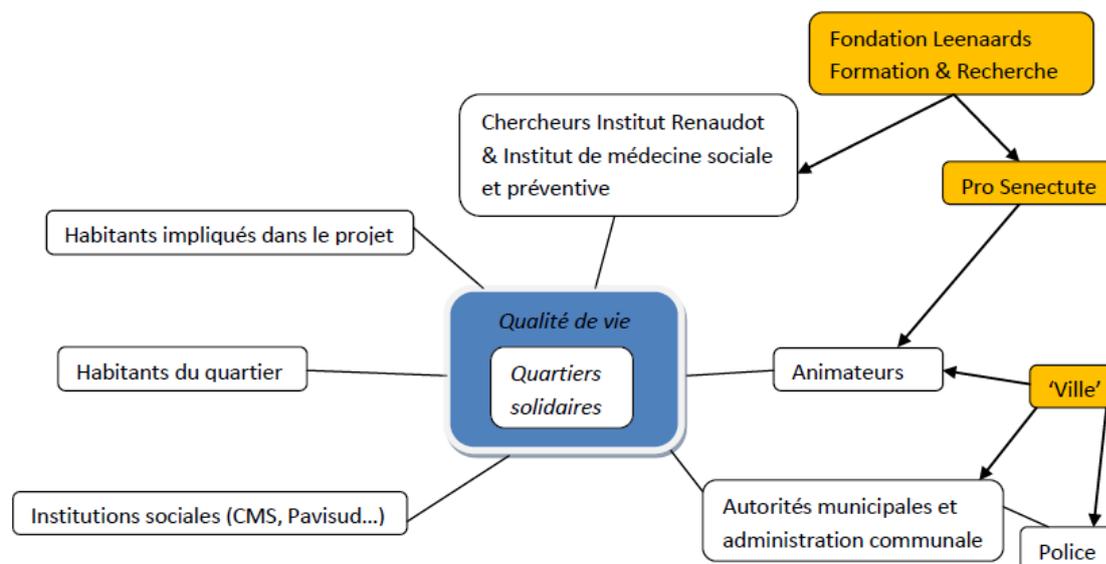
^o <http://www.yverdon-les-bains.ch/> (accédé le 22.08.2011)

^p <http://www.scris.vd.ch/> (accédé le 22.08.2011)

3.1.3 Mapping des acteurs

Le projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* est caractérisé par la présence d'un grand nombre d'acteurs, professionnels ou non, concernés par le projet. Pour une meilleure visibilité / compréhension des acteurs concernés, l'équipe de recherche a mis au point un mapping (« cartographie ») des parties prenantes. La Figure 5 ci-dessous présente cette cartographie.

Figure 5 Mapping des parties prenantes



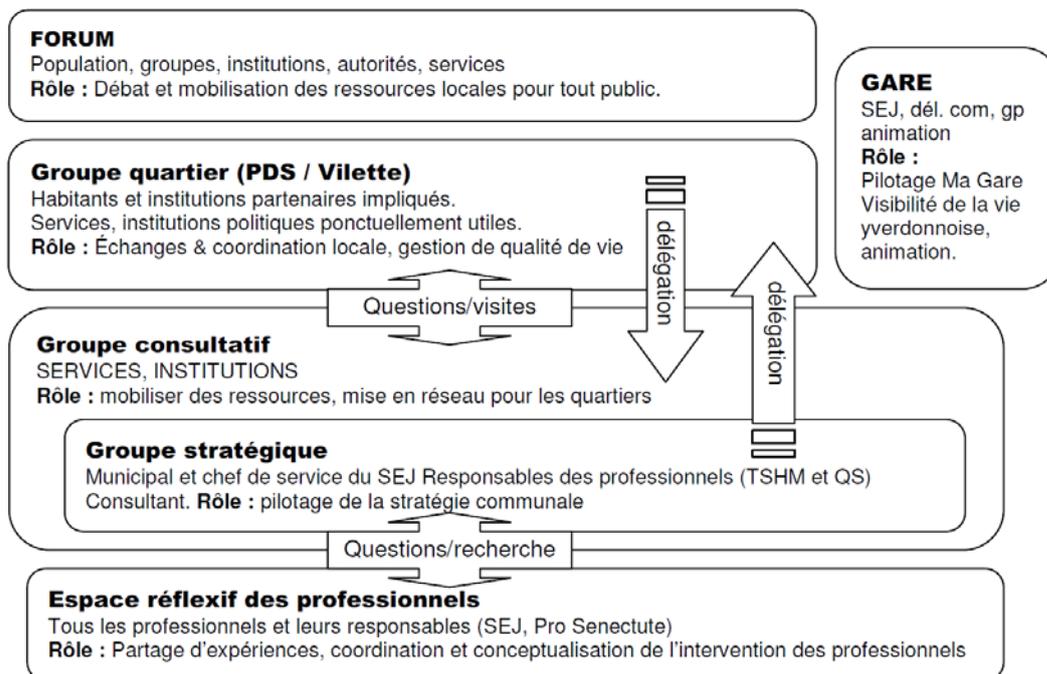
Au cœur de la cartographie se trouve les projets *Quartiers solidaires/ Qualité de vie*. Plus les acteurs sont impliqués dans le projet, plus ils se situent à proximité de la « case » projet (illustré en bleu dans la figure ci-dessus).

Les acteurs concernés sont donc les suivants : le premier groupe d'acteurs sont les habitants impliqués dans le projet, à savoir ceux qui font partie des groupes de réflexion étant à l'origine des activités mises en place ; viennent ensuite les habitants du quartier; les institutions sociales, présentes dans le quartier, telles que les centres médicaux-sociaux ou le centre paroissial, sont également touchées par ce projet ; sont également présents les autorités municipales et l'administration communale, via la police de proximité, ainsi que les animateurs actifs sur le terrain. Ceux-ci proviennent soit de Pro Senectute (animateurs de proximité), soit de la ville (TSHM : travailleurs sociaux hors murs⁹). Viennent enfin les chercheurs, mandatés et soutenus par la Fondation Leenaards.

Par ailleurs, le projet communal *Qualité de vie* se base sur une collaboration étroite des acteurs. Christian Wilhelm, consultant expert, a été mandaté par la municipalité d'Yverdon pour encadrer le processus et la collaboration. A ce titre, il a réalisé un organigramme qui présente les instances actives au sein du projet *Qualité de vie*. Ce document, essentiel à la compréhension du fonctionnement du projet, se trouve ci-dessous. Le texte explicatif peut être consulté à l'annexe 7.1.2.

⁹ Les TSHM travaillent surtout avec les jeunes.

Figure 6 Organigramme du projet *Qualité de vie* de la ville d'Yverdon



	Groupe	Qui	Quoi	Comment
Quartiers	FORUM	Tout public, groupe, institution, service, politique	Révéler et traiter des thématiques / mises en projet. Proposer des espaces de dialogue et d'ouverture.	Plate-forme de discussion publique régulière. Animation participative et festive.
	PDS : Groupe terrain Vilette : Groupe terrain	Celles et ceux qui portent/accompagnent des projets - membres utiles du groupe de consultation / 1 membre du gp stratégique	Suivi des projets Organisation des Forums Coordonner les actions. Partager besoins, constats. Lien avec Qualité de vie.	Rencontre mensuelle Jeunes/ainés séparés Autodétermination du gp Actuellement rencontres selon les besoins
Partenaires	Groupe consultatif	Municipaux. Chefs/représentants de services/institutions. Responsables du personnel de terrain. Consultant.	Flux d'infos quartier-ville. Traiter les besoins réciproques et les mettre en lien avec les ressources existantes. Lien entre le gp stratégique et les groupes des quartiers	Séance tous les 2 mois : Permettre aux municipaux / membres du gp d'être plus souvent dans les groupes des quartiers. Animation et prise de PV.
Municipalité	Groupe stratégique	SEJ : Municipal, chef service, resp. des TSHM Pro Senectute : resp. trav. soc. Communautaire Consultant ext. du SEJ	Mise en œuvre de Qualité de vie dans la politique municipale. Coordonner les moyens Veiller à la cohérence (instances & projets) Produire une réflexion globale	Séance mensuelle Autodétermination du groupe Délégation de tâches Contacts extérieurs PV
Professionnels	Espace réflexif des professionnels	Les professionnels de SEJ / Pro Senectute intervenants dans le projet.	Partage d'expériences. formalisation des pratiques. Positionnement. Coordination des rôles.	Invitation régulière du SEJ (1x par quinzaine). Documenter l'intervention. Produire des documents de référence.

Source : Christian Wilhelm, consultant expert.

Cet organigramme présente donc un processus qui garantit des espaces de concertation entre des habitants, des institutions, des services et des autorités. Ces espaces de concertation servent tant à échanger sur ce qui se passe dans le quartier (respectivement au niveau de la ville), qu'à développer le projet *Qualité de vie*.

3.1.4 Mise au point des ateliers

A partir de cette typologie, trois groupes d'acteurs ont pu être identifiés selon leur niveau d'intervention, à savoir le niveau :

- 'stratégique' : constitué des personnes responsables de la ville, de cadres de Pro Senectute, de la police de proximité, etc. ;
- 'terrain' : regroupant les personnes actives sur le terrain, telles que les animateurs de proximité (Pro Senectute, de la ville, police, animateur socio-culturel, etc.) ;
- 'habitants' : constitué de personnes impliquées dans le projet.

Ces trois groupes constituent le point de départ pour la classification des participants aux ateliers. L'annexe 7.2.2 présente les participants aux différents ateliers.

3.2 QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES

3.2.1 La qualité de vie des personnes âgées : un concept difficile à cerner

Une recherche, même limitée, sur la notion de qualité de vie fait émerger l'hétérogénéité des interprétations de ce terme. Cette complexité, constatée déjà au niveau conceptuel, ne fait que s'amplifier lorsqu'on tente de quantifier la qualité de vie en développant des échelles utilisées comme outils au niveau de la clinique ou au niveau populationnel. Sachant que le seul consensus identifié dans la littérature est qu'aucun consensus n'est possible dans ce domaine, le texte ci-dessous part d'une revue de la littérature à ce sujet pour identifier les éléments de pertinence pour le projet *Qualité de vie* dans la ville d'Yverdon, et plus spécifiquement l'apport du projet *Quartiers solidaires* dans ce contexte.

Définie comme un concept multidimensionnel qui renferme des aspects matériels et non matériels, objectifs et subjectifs, individuels et collectifs du bien-être⁷, la « qualité de vie » peut aussi être considérée comme le degré de satisfaction avec divers aspects de la vie⁸, et même, de manière relative, comme la proximité entre ce qui est attendu ou espéré et ce qui est atteint. A la notion de satisfaction peut être ajoutée celle de plaisir⁹. Le concept de la satisfaction des besoins essentiels, tel que développé par Maslow dans les années 1950¹⁰, a aussi fondé une ligne de recherche. Plus on se penche sur la notion de « qualité de vie », plus on peut lui trouver des racines anciennes. Fondamentalement, mener une « bonne vie » était le but déclaré des philosophes de l'Antiquité et on peut trouver bien des analogies entre des interrogations philosophiques anciennes et les débats récents sur la qualité de vie. Aristote consacre tout le premier livre de l'*Ethique à Nicomaque* à la question du bien et du bonheur en faisant une synthèse citée ici car elle reste fortement d'actualité :

Quel est le souverain bien de notre activité ? Sur son nom du moins il y a assentiment presque général : c'est le bonheur, selon la masse et selon l'élite, qui supposent que bien vivre et réussir sont synonymes de vie heureuse ; mais sur la nature même du bonheur, on ne s'entend plus et les explications des sages et de la foule sont en désaccord. Les uns jugent que c'est un bien évident et visible, tel que le plaisir, la richesse, les honneurs ; pour d'autres la réponse est différente ; et souvent pour le même individu elle varie : par exemple, malade il donne la préférence à la santé, pauvre à la richesse¹¹.

La notion de qualité de vie est utilisée dans des domaines très variés : sociologie, psychologie, sciences médicales et infirmières, économie, philosophie, histoire, géographie, etc. Dans chacun de ces

domaines, l'accent est mis sur différents aspects que peut recouvrir cette notion, et sur des liens qui peuvent être établis avec des notions de base dans la discipline. Ainsi, dans le domaine de la santé, le lien a été fait très tôt entre la qualité de vie et la définition extensive de la santé selon l'OMS, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social¹². L'OMS coordonne depuis plusieurs années un groupe de recherche sur la qualité de vie (WHOQOL group) incorporant des équipes de tous les continents. Dans ce projet, la qualité de vie est définie comme étant la perception d'un individu de sa position dans la vie, dans le contexte culturel et le système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses buts, ses attentes, ses modèles et ses intérêts¹³. Il s'agit d'une définition très large, affectée de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales, et les relations à l'environnement. Un courant important dans ce domaine de la santé est le développement des échelles pour mesurer la qualité de vie en lien avec la santé. Ces instruments, liés à un problème de santé en particulier, sont destinés à mesurer l'impact de différentes approches thérapeutiques¹⁴⁻¹⁹.

La question de la qualité de vie plus particulièrement chez les aînés est un thème en expansion. Une étude a recensé, entre 1977 et 2003, le nombre de références par année identifiées dans la principale base de données d'articles médicaux "PubMed" : le nombre est passé de 51 à 2'664²⁰. D'ailleurs, parmi le grand nombre d'instruments pour mesurer la qualité de vie, plusieurs ont été développés spécifiquement pour cette population²⁰⁻²⁷. Ces instruments se basent sur des questions classées selon un certain nombre de dimensions, considérées comme déterminantes pour la qualité de vie (par exemple : relations intimes; capacités sensorielles; autonomie; activités passées, présentes et futures; relations sociales; relation à la mort.). A ces outils destinés à mesurer la qualité de vie en général des aîné(e)s se rajoutent les instruments utilisés en gériatrie destinés à mesurer l'impact de différents problèmes de santé touchant principalement les personnes âgées, comme la maladie d'Alzheimer²⁸, ou, encore, les instruments adoptant une approche bio psychosociale, voire une approche de santé spirituelle, cherchant à cerner le bien-être /mal-être de la personne dans sa globalité²⁹⁻³¹. Une synthèse de la littérature touchant à la qualité de vie des "adultes plus âgés" en 2009 conclut que les perspectives adoptées peuvent se classer en six domaines principaux : bien-être social, bien-être physique, bien-être cognitif, bien-être spirituel et bien-être environnemental. En outre, les auteurs proposent une division de chaque domaine en plusieurs dimensions qui permettraient d'opérationnaliser le concept de qualité de vie de manière à pouvoir la mesurer de façon standardisée³².

Par ailleurs, diverses recherches ont tenté de creuser la question en abordant la notion de la qualité de vie directement avec des personnes âgées³³⁻³⁵. S'appuyant plutôt sur une méthodologie qualitative, ces études ont posé la question de savoir de quoi est faite la qualité de vie pour les personnes âgées elles-mêmes. Une des premières recherches détaillée sur cette question, menée en Angleterre au début des années 90', (et basée sur des recherches qualitatives approfondies, comme pour l'approche fondée sur la satisfaction des besoins) a montré que, contrairement à ce qui avait été dit précédemment, les personnes âgées sont non seulement capables de parler de qualité de vie, mais le font volontiers et y ont pensé par eux-mêmes avant que des chercheurs les interrogent. Le terme était compris de façon relativement neutre, dans le sens où les personnes interrogées parlaient spontanément aussi bien des éléments responsables d'une bonne qualité de vie que d'une mauvaise, en citant notamment la santé, les capacités fonctionnelles (se mouvoir, accomplir diverses tâches, etc.), les relations familiales, les contacts sociaux et les activités³⁵.

Une étude menée récemment en France par Compagnone *et al.* donne un élément de comparaison de part et d'autre de la Manche³⁶. Les entretiens, semi-directifs, étaient articulés autour de cinq questions inspirées de l'étude anglaise citée précédemment : Comment décririez-vous la qualité de votre vie ? Quelles sont les raisons qui vous font dire ça ? Qu'est-ce qui contribue actuellement à la qualité de votre vie ? Qu'est-ce qui affecte actuellement la qualité de votre vie ? Qu'est-ce qui rendrait votre vie meilleure ? Qu'est-ce qui rendrait votre vie plus difficile ?

Sur la base d'une analyse de contenu des récits obtenus lors des entretiens, les auteurs dégagent dix dimensions de la qualité de vie chez les personnes âgées, qui tiennent compte de l'histoire du sujet, de sa situation actuelle et de ses attentes. Ils ont caractérisé (donné « un sens conceptuel ») ces dimensions de la façon suivante : sentiment d'échec et de frustration ; réussite professionnelle et

ouverture/connexion à la réalité ; réalisation de soi et liens affectifs et familiaux ; être actif(ve), absence de fatalisme, de résignation ; repli social ; ouverture sociale ; sentiment de solitude, d'abandon et d'impuissance ; anxiété liée à la mort ; anxiété face à la souffrance ; investissement religieux.

Cette étude permet davantage de décrire des profils et des stratégies face au vieillissement que de définir une bonne ou une moins bonne qualité de vie. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne plutôt que sur la variable. La question qui se pose est donc de savoir comment évaluer la qualité de vie dans une approche centrée sur la personne de façon à mettre en évidence ses stratégies et leur succès ? Cette approche rappelle la définition relative de la qualité de vie, mesurant la proximité entre ce qui est visé et ce qui est atteint, tout en laissant à la personne la définition du contenu.

Enfin, parmi l'ensemble de la production scientifique autour de la question des personnes âgées et de la qualité de vie, un ouvrage publié en 2007, incorporant des contributions de plusieurs experts dans le domaine, fait référence : *Quality of Life in Old Age: International and Multidisciplinary Perspectives*³⁴. Les éditeurs signalent la diversité des perspectives constatées, mais concluent néanmoins qu'une synthèse de ces perspectives laisse apparaître une série d'éléments clés qui trouvent écho dans les définitions des personnes âgées elles-mêmes, tels que constatés dans la recherche de Bowling. Ces éléments peuvent être regroupés dans les catégories suivantes : variables psychologiques liées à la personne ; état de santé et état fonctionnel ; relations sociales ; soutien et activité ; circonstances économiques et indépendance ; conditions environnementales ; activités de loisirs et mobilité. Ces auteurs relèvent le caractère à la fois amorphe et concret de l'ensemble des facteurs contribuant à la qualité de vie des aîné(e)s. En conclusion, ils constatent que celle-ci :

- doit être considérée comme un concept dynamique et complexe, présentant de multiples facettes ;
- doit refléter l'interaction des influences objectives, subjectives, micro, macro, positives et négatives ;
- est l'issue de la combinaison interactive des facteurs liés au parcours de vie (life course) et à la situation actuelle ;

Les auteurs soulignent également que :

- tout modèle de la Qualité de Vie doit faire référence à l'étendue des possibilités d'agir de la personne, sachant que les opportunités et les contraintes qui se présentent à elle varient en fonction du contexte ;
- les évaluations subjectives du bien-être psychologique et de la santé manifestent une valeur explicative plus puissante des variations dans l'évaluation de la qualité de vie que les facteurs économiques et sociodémographiques ;
- les sources de qualité de vie à l'âge avancé diffèrent entre les différents groupes de personnes âgé(e)s ; selon le pays, plus particulièrement, l'ordre de priorité n'est pas le même.

3.2.2 Comment évaluer la qualité de vie des personnes âgées dans le cadre d'un projet communautaire ?

A partir de ces éléments, il est possible de dégager quelques propositions pour la tâche pratique d'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées dans le cadre d'un projet communautaire de quartier. La littérature met en évidence la diversité des positions philosophiques, des modèles et des façons de mesurer la qualité de vie, ainsi que des disciplines académiques concernés par ce thème. Afin de mener un projet ou une évaluation spécifique, il semble essentiel de se positionner par rapport à cette hétérogénéité conceptuelle. Il ne s'agit pas de définir la position "la meilleure", mais d'identifier la position la plus pertinente par rapport à la recherche en question, c'est à dire de choisir une position en fonction du contexte et des interventions à prendre en compte.

Un projet de développement communautaire n'identifie pas forcément une "amélioration de la santé" de la population comme but ultime. Dans le cas d'espèce, le projet d'Yverdon vise la qualité de vie ; il

est donc sous-entendu que le maintien, voire l'amélioration de celle-ci, est le but du projet. Mais, comment définit-on les éléments particuliers de la qualité de vie sur lesquels on estime avoir un impact? Dans quelle mesure les différents acteurs s'accordent-ils sur ces questions ?

Rappelons que la politique de la ville d'Yverdon s'inspire du mouvement 'Ville en santé' de l'OMS, et vise la qualité de vie des habitants à tout âge (cf. §1.2). Puisque le projet de la ville et le cadre d'évaluation proposé, le SMOC, sont les deux basés sur les principes de promotion de la santé développés par l'OMS, on devrait retrouver une cohérence concernant le concept de qualité de vie prôné. En ce qui concerne le projet *Quartiers solidaires* de Pro Senectute, certains thèmes clés sont prédominants, comme l'intergénéralité, l'*empowerment* ou encore la participation³⁷. Lors d'une intervention, ceux-ci peuvent être considérés soit comme des buts en soi, soit, dans le contexte en question, comme un moyen de parvenir au but "qualité de vie", les thèmes précités devenant donc des objectifs intermédiaires. Ces thèmes pourraient également être présentés comme des valeurs explicites qui sous-tendent l'exécution du projet (dans le sens des Pratiques Exemplaires de Promotion Santé Suisse³⁸).

La démarche communautaire ne peut viser que certains aspects de la qualité de vie des habitants d'un quartier. Il n'est pas question d'un impact direct sur la santé physique ou psychique d'une personne, ni sur la qualité de ses relations familiales par exemple. Par contre, les contacts sociaux peuvent pallier certains manques au niveau de l'environnement familial ; les relations entretenues avec d'autres dans le quartier peuvent favoriser la possibilité de recevoir une aide relative à certains besoins pratiques (ex. courses ou démarches administratives faites par une voisine) ; un environnement adapté et accueillant peut favoriser des sorties à l'extérieur, etc. Un quartier peut donc s'avérer plus ou moins propice à la qualité de vie des aîné(e)s. Inhérente à la démarche du développement communautaire est la mise en œuvre d'un mécanisme par lequel le fait de participer, soit simplement aux activités communes sociales, soit à l'entraide, sert à donner si ce n'est davantage de sens à sa vie, en tout cas de se sentir moins isolé, un problème majeur pour la population des personnes âgées. On retrouve alors une cohérence entre les objectifs des projets *Qualité de vie* et *Quartiers solidaires* et plusieurs éléments de la littérature scientifique sur la qualité de vie des personnes âgées.

Puisque le SMOC est un modèle basé sur la santé dans sa définition la plus large, et non sur le concept plus limité de « prévention de la morbidité », il s'adapte à une planification et une évaluation des activités visant une « amélioration de la qualité de vie » (d'ailleurs ce terme, bien que non-précisé, figure dans l'ultime colonne D du modèle, c'est à dire comme un des buts ultimes de toute théorie d'action).

^r <http://quint-essenz.ch/fr/topics/1248/print.html>

^s http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/best_practice.php?lang=f

4 ANALYSE DE LA SITUATION

L'étape préparatoire, présentée au chapitre 3, a permis à l'équipe de recherche de se familiariser avec le projet, de récolter et d'analyser la documentation existante, ainsi que d'établir une cartographie des acteurs.

Le présent chapitre dresse quant à lui un état des lieux de la situation et le chapitre 5 présente la théorie d'action. Tant l'analyse de la situation (chapitre 4) que la théorie d'action (chapitre 5) ont été menées à bien en étroite collaboration avec les parties prenantes. Ces deux chapitres constituent donc la partie participative de cette étude, étape préalable et nécessaire à une éventuelle future évaluation.

4.1 SYNTHÈSE

Comme indiqué dans le chapitre 2 consacré à la méthode (§ 2.2.3), un atelier a été mené avec chaque groupe de parties prenantes ('stratégique', 'terrain' et 'habitants'), afin de mettre au point une analyse de la situation, c'est à dire l'identification des problèmes existants dans les quartiers.

Afin de faciliter la discussion, l'équipe de recherche avait préparé, pour chacun des ateliers, des petites cartes sur lesquelles figuraient les besoins et problèmes identifiés dans la documentation (voir annexe 7.2.3). A partir de ces éléments, les participants de chaque atelier ont pu échanger et se mettre d'accord sur la manière dont ils percevaient la situation des quartiers concernés.

Pour chaque atelier, une analyse de la situation a pu être mise au point (voir annexes 7.2.4, 7.2.5, 7.2.6). Il ressort de ces ateliers les éléments suivants :

- *Atelier 'stratégique'* : les participants ont mis l'accent sur l'aspect préventif de la démarche communautaire. Pour eux, l'objectif principal est, compte tenu de la croissance démographique de la ville, d'éviter que la qualité de vie des habitants se détériore. Dans cette perspective, grâce au projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie*, les signes avant-coureurs d'une détérioration de la qualité de vie pourraient être décelés et anticipés. Les participants à cet atelier ont par ailleurs également soulevé des questions d'organisation à un niveau stratégique, et relèvent notamment le besoin de coordination entre services communaux ou d'interface entre les politiques et les habitants.
- *Atelier 'terrain'* : tout comme les participants au groupe stratégique, les participants du groupe terrain se sont montrés soucieux d'une meilleure collaboration entre les différents partenaires (services communaux, institutions, habitants, etc.). Ils relèvent par ailleurs une tendance individualiste de la société qui a pour conséquence l'isolement ou le risque d'isolement social des habitants, et en particulier des aînés. Il en découle un besoin de lieux de rencontre, tant pour les jeunes que pour les moins jeunes. Le besoin de se rencontrer et de créer des liens avec autrui est cependant parfois un peu entravé par la crainte d'être envahi dans son intimité. Cette crainte peut s'exprimer par une certaine résistance à la démarche communautaire.
- *Atelier 'habitants'* : les habitants sont concernés par les questions liées à l'environnement physique, qui ont une grande influence sur leur quotidien. Ils ont ainsi abordé des problèmes concrets, tels que les nuisances sonores (dues à l'usine et au train), le coût trop élevé des transports publics, ainsi que leurs horaires limités. Ils relèvent également une absence de lieu de rencontre ouvert à tous qui permettrait de renforcer le lien social et ont relevé les difficultés à mobiliser les habitants.

Globalement, les préoccupations des participants se recoupent. Selon les ateliers, différentes questions ont cependant été abordées. Celles-ci reflètent davantage des perspectives différentes que de points de désaccord. Les différences se sont ainsi révélées plus complémentaires que problématiques.

Une synthèse des trois analyses de situation a ensuite été réalisée par l'équipe de recherche. La Figure 7 présente graphiquement cette synthèse, validée lors du 4^{ème} atelier. Pour mieux comprendre ce schéma, il est important de préciser les points suivants :

- l'analyse se lit de droite à gauche, c'est à dire de la colonne D (=bénéfice pour la santé de la population) à la colonne B (= facteurs qui influencent les déterminants de la santé);
- les activités n'ont pas été discutées à ce stade, raison pour laquelle aucun élément ne figure dans la colonne A (=activités de promotion de la santé);
- un texte explicatif accompagne le schéma (voir § 4.2- § 4.4). Pour faciliter la lecture, les éléments du schéma sont repris par catégorie dans le corps du texte.
- Cette synthèse récapitule les problèmes identifiés dans les quartiers par les participants. Lors de l'atelier, certains éléments ont été discutés en termes de "besoins", mais afin de garder une présentation cohérente, ceux-ci sont exprimés sous forme de "problèmes" dans le schéma final (ex : 'éviter l'isolement et la solitude' a été remplacé par 'risque d'isolement et de solitude').

4.2 BENEFICE POUR LA SANTE DE LA POPULATION (COLONNE D)

D
Eviter une QdV
insuffisante (suite
à la croissance
démographique)

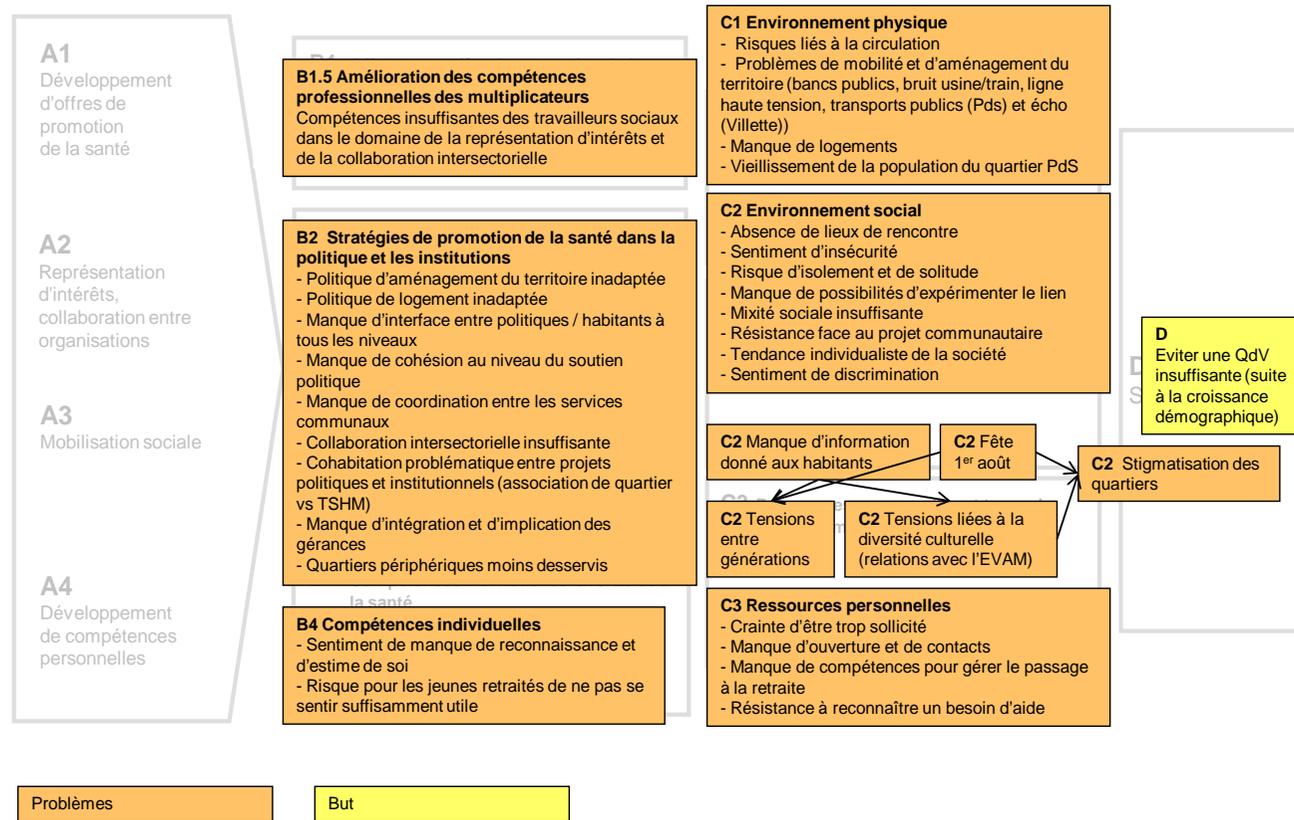
L'objectif retenu par les participants est *d'éviter une qualité de vie insuffisante* suite à la croissance démographique de la ville et aux défis de l'intégration auxquels elle fait face (cf. 3.1.1). Dans cette perspective, le projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* a non seulement pour objectif d'améliorer la qualité de vie actuelle, mais également de prendre en compte les évolutions actuelles pour éviter que celle-ci ne se détériore.

4.3 EFFETS SUR LES DETERMINANTS DE LA SANTE (COLONNE C)

Pour rappel, les participants étaient invités à placer dans le modèle les problèmes identifiés dans la documentation.

La colonne C concerne les déterminants de la santé et est subdivisée en 3 catégories : l'environnement physique favorable à la santé, l'environnement social favorable à la santé et les ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé.

Figure 7 Analyse de la situation : synthèse des problèmes constatés dans les quartiers



4.3.1 Environnement physique (C1)

En ce qui concerne l'environnement physique, les participants ont retenu les éléments suivants :

C1 Environnement physique

- Risques liés à la circulation
- Problèmes de mobilité et d'aménagement du territoire (bancs publics, bruit usine/train, ligne haute tension, transports publics (Pds) et écho (Villette))
- Manque de logements
- Vieillesse de la population du quartier PdS

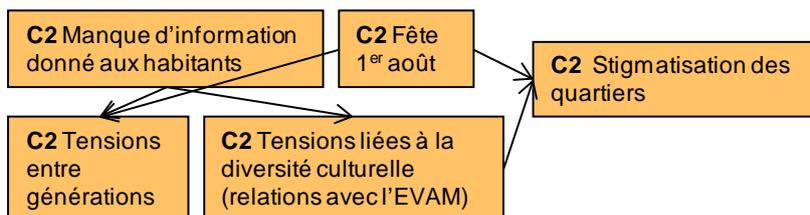
- *Risques liés à la circulation* : ceux-ci sont essentiellement dus à une vitesse excessive, notamment devant l'école.
- *Problèmes en termes d'aménagement du territoire* :
 - Pour Pierre de Savoie, les problèmes cités en termes d'aménagement du territoire sont principalement les suivants : bruit trop important de l'usine et du train, ligne à haute tension construite trop près des habitations, transports publics trop chers ou encore horaires des bus limités.
 - Pour la Villette, il s'agit principalement d'un problème d'écho dans le quartier : de par la configuration des lieux, le moindre bruit résonne fortement et nuit à la qualité de vie des habitants du quartier.
- *Manque de logements* : le taux de logements vacants à Yverdon est de 0.4%, ce qui représente environ 50 logements vacants. A noter qu'aucun logement subventionné n'a été construit ces dix dernières années.
- *Vieillesse de la population du quartier* : deux éléments sont à relever :
 - D'un côté, la ville doit faire face à une croissance démographique ;
 - De l'autre, la population du quartier Pierre de Savoie vieillit. Une des raisons évoquées est la proportion importante de propriétaires dans le quartier.

4.3.2 Environnement social (C2)

Les participants ont placé les éléments suivants dans la catégorie « Environnement social favorable à la santé ».

C2 Environnement social

- Absence de lieux de rencontre
- Sentiment d'insécurité
- Risque d'isolement et de solitude
- Manque de possibilités d'expérimenter le lien
- Mixité sociale insuffisante
- Résistance face au projet communautaire
- Tendance individualiste de la société
- Sentiment de discrimination



- *Absence de lieux de rencontre* : les participants mettent clairement en évidence l'importance d'un lieu où les habitants puissent se rencontrer. A Pierre de Savoie, ce lieu a été créé ; à la Villette, ce n'est pas encore le cas : les jeunes réclament en effet un lieu de rencontre, mais ne souhaitent pas pour autant que celui-ci se situe au centre du quartier. Ils craignent les plaintes de personnes peu tolérantes au bruit.
- *Sentiment d'insécurité* : le sentiment d'insécurité n'est pas considéré comme déterminant. Il peut être ressenti dans des circonstances particulières et ceci, surtout chez les personnes vulnérables.
- *Risque d'isolement et de solitude* : les personnes âgées peuvent souffrir d'isolement ou de solitude. Un exemple concret a été donné : certaines personnes développent leurs relations sociales au travail. Une fois à la retraite, il leur devient difficile de conserver ou d'entretenir ces relations. Un risque d'isolement survient donc à ce moment-là (cf. C3).
- *Manque de possibilités d'expérimenter le lien* : les opportunités de rencontre sont importantes. Même si les habitants ne participent pas aux activités ou à toutes les activités, il est important pour eux de savoir qu'elles existent et qu'ils ont la possibilité d'y participer s'ils le souhaitent.
- *Résistance face au projet communautaire* : les gens sont « partants » pour un projet, lorsqu'ils ont quelque chose à y gagner (ex : les propriétaires se sont opposés à la ligne à haute tension dans leur quartier, car elle avait des conséquences négatives sur la valeur de leur logement). Pour encourager les habitants à participer aux activités de quartier, il est indispensable de leur faire comprendre ce qu'ils peuvent en retirer.
- *Sentiment de discrimination* : dans certains immeubles, on assiste à des inégalités de traitements, qui engendrent un sentiment de discrimination. Exemple : des locaux communs peuvent être utilisés par certains locataires,- et pas par d'autres.
- *Stigmatisation des quartiers* : les participants ont mis en relation certains éléments proposés.
 - D'une part, le manque d'information donné aux habitants peut être source de tensions entre générations ou de tensions liées à la diversité culturelle. Les habitants auraient en effet souhaité être mieux informés (et préparés) de l'arrivée des migrants dans le quartier.
 - D'autre part, à la Villette, les tensions entre générations sont clairement à mettre en lien avec la fête du 1^{er} août. En effet, certains jeunes profitent de cet événement pour « régler certains comptes ». Il en découle non seulement des nuisances en termes sonores, mais également des dégradations de matériel.

Les questions de la fête du 1^{er} août (à la Villette) et des migrants de l'EVAM (à Pierre de Savoie) reviennent souvent dans les discussions au niveau des quartiers et des médias. Elles prennent cependant davantage d'importance dans les discussions qu'elles ne causent réellement de problèmes. Les quartiers sont ensuite stigmatisés par les médias, la politique et les habitants eux-mêmes.

4.3.3 Ressources personnelles (C3)

La catégorie C3 concerne les ressources personnelles et types de comportement favorables à la santé. Les participants ont placé les éléments suivants dans cette catégorie :

C3 Ressources personnelles

- Crainte d'être trop sollicité
- Manque d'ouverture et de contacts
- Manque de compétences pour gérer le passage à la retraite
- Résistance à reconnaître un besoin d'aide

- *Crainte d'être trop sollicité et manque d'ouverture* : si d'un côté, on constate un besoin de créer des liens, de l'autre, on fait face à une crainte chez certaines personnes d'être envahi ou trop sollicité. Le lien peut faire peur. Il existe donc des résistances aux possibilités d'ouverture.
- *Manque de compétences pour gérer le passage à la retraite* : certaines personnes ont des difficultés à gérer le passage à la retraite. Elles ont développé des compétences spécifiques à leur travail et peinent à en développer d'autres lorsqu'elles sont à la retraite. Le changement est mal vécu.
- *Résistance à reconnaître un besoin d'aide* : certaines personnes considèrent que demander de l'aide est synonyme de faiblesse, voire d'échec. Dans pareil cas, il semble préférable d'essayer de se débrouiller tout seul plutôt que de faire appel à un tiers.

4.4 FACTEURS INFLUENÇANT LES DETERMINANTS DE LA SANTE (COLONNE B)

La colonne B concerne les facteurs qui influencent les déterminants de la santé. Elle est subdivisée en quatre catégories : offres en matière de promotion de la santé, stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions, potentiel social et engagement favorable à la santé et compétences individuelles favorables à la santé.

A noter que, pour l'élaboration de cette synthèse, suivant la logique d'un programme communautaire, les participants n'ont placé aucun élément dans la catégorie B3 : potentiel social et engagement favorable à la santé.

4.4.1 Offres en matières de promotion de la santé (B1)

Les participants ont placé un seul élément dans cette catégorie. Il s'agit de l'amélioration des compétences professionnelles des multiplicateurs (B1.5).

B1.5 Amélioration des compétences professionnelles des multiplicateurs
Compétences insuffisantes des travailleurs sociaux dans le domaine de la représentation d'intérêts et de la collaboration intersectorielle

Les compétences des travailleurs sociaux sont aujourd'hui principalement axées pour le travail sur le terrain. De nouvelles compétences devront être développées dans le domaine de la représentation d'intérêts et de la collaboration intersectorielle.

4.4.2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions (B2)

Tous les éléments figurant dans cette catégorie ont été proposés par les participants.

B2 Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions

- Politique d'aménagement du territoire inadaptée
- Politique de logement inadaptée
- Manque d'interface entre politiques /habitants à tous les niveaux
- Manque de cohésion au niveau du soutien politique
- Manque de coordination entre les services communaux
- Collaboration intersectorielle insuffisante
- Cohabitation problématique entre projets politiques et institutionnels (association de quartier vs TSHM)
- Manque d'intégration et d'implication des gérances
- Quartiers périphériques moins desservis

- *Politique de logement inadaptée* : les gérances ne souhaitent pas toujours louer leurs appartements à des personnes étrangères. De fait, il arrive que des immeubles ne soient occupés que par des suisses. Cette situation ne favorise pas la mixité des quartiers. A noter qu'aucune loi ou recommandation n'existe pour encourager les gérances à procéder d'une autre manière.
La mixité relève donc du politique, qui doit planifier le développement d'un quartier par type de logement en vue de favoriser cette mixité.
- *Manque de cohésion et coordination entre les services communaux* : les participants relèvent un manque de cohésion au niveau du soutien politique et des visions politiques différentes. Ils précisent également que l'organisation d'une administration est complexe. C'est la raison pour laquelle répondre à une demande des habitants peut parfois prendre du temps, surtout lorsque cette dernière implique différents services. Cette complexité n'est pas toujours comprise par les habitants.
- *Collaboration intersectorielle insuffisante* : la collaboration intersectorielle est indispensable pour assurer le suivi et la pérennité d'un projet. Pour mettre en place une telle collaboration, il est nécessaire de créer un espace de coordination qui définirait les allocations en termes de temps et de budget pour chaque secteur concerné. Ce budget devrait être prévu dans la planification des interventions.
- *Manque d'intégration et d'implication des gérances* : la collaboration entre les gérances et les travailleurs sociaux n'est pas toujours aisée. Les a priori sont présents de part et d'autre.

Il faut par ailleurs relever que les attentes des habitants ou des professionnels tendent à différer en matière de taux de participation aux activités proposées. Il arrive en effet souvent que les habitants soient déçus par un taux de participation, alors qu'il est considéré comme tout à fait positif par les professionnels qui sont en position de relativiser par rapport à des projets menés ailleurs.

4.4.3 Compétences individuelles favorables à la santé (B4)

Les éléments figurant dans cette catégorie ont été ajoutés par les participants.

B4 Compétences individuelles

- Sentiment de manque de reconnaissance et d'estime de soi
- Risque pour les jeunes retraités de ne pas se sentir suffisamment utile

De manière générale, un individu a besoin d'être reconnu et valorisé. Cette valorisation passe notamment par le fait de pouvoir porter assistance à autrui. Lors de l'atelier 'habitants', les participants

avaient exprimé cette notion de la manière suivante : « en faisant du bien aux autres, on se fait du bien à soi-même ».

S'il existe un risque chez tout individu de ne pas se sentir suffisamment utile, ceci est particulièrement vrai pour les jeunes retraités, qui peuvent être déstabilisés suite à l'arrêt de leur activité professionnelle.

La synthèse des trois analyses de situation, construite et validée par les participants, a permis de dresser un état des lieux de la situation dans les quartiers concernés qui reflète vraiment les perspectives des différentes parties prenantes.

Cette étape est nécessaire pour l'élaboration de la théorie d'action.

5 THEORIE D'ACTION

Une fois l'analyse de situation effectuée, les parties prenantes ont été invitées à définir ensemble une théorie d'action. Celle-ci est en réalité constituée de plusieurs théories d'action correspondant à chacune des activités réalisées grâce à l'implantation de *Quartiers solidaires* (§5.1).

Une synthèse a ensuite été réalisée par l'équipe de recherche sur la base des objectifs du projet et des théories d'action développées. Celle-ci regroupe les activités par axe prioritaire et met en évidence les liens existants entre les objectifs et les déterminants de la santé (§5.2).

La troisième et dernière partie de ce chapitre présente brièvement les résultats de la littérature concernant les déterminants de la santé. Dans le cas d'espèce, il s'agit des données démontrant le lien, chez les personnes âgées, entre l'environnement physique et social, et la morbidité (§5.3).

5.1 THEORIE D'ACTION PAR ACTIVITE

Lors de l'atelier de développement de la théorie d'action (atelier 5), les participants ont été invités à s'exprimer sur les activités et à expliciter la logique qui sous-tend ces différentes activités.

Des explications concernant ces diverses activités sont données de manière plus détaillée dans le sous-chapitre suivant (§5.2) consacré à la présentation de la théorie d'action par axe prioritaire.

Chacune de ces activités fait l'objet d'une théorie d'action élaborée par les participants. Ces théories d'action ont été validées lors de l'atelier 6. Lors de cet atelier, les participants ont également été amenés à réfléchir à une théorie d'action tournée davantage vers l'avenir.

Les activités retenues et discutées lors de ces ateliers sont listées ci-dessous. A noter qu'il s'agit tant d'activités déjà menées et en cours que d'activités projetées :

- *Intégration des habitants du bâtiment de l'EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants)* : cette activité comprend deux phases : a) l'organisation d'une journée en l'honneur du départ des migrants en raison de travaux de rénovation du bâtiment; b) l'accueil des migrants à leur retour dans le quartier ;
- *Tonnelle fleurie/jardin de poche* : projet de réaménagement d'une parcelle communale en vue de créer un espace vert dont les habitants puissent profiter;
- *Pétition des jeunes pour un terrain de foot à la Villette* : les jeunes du quartier de la Villette souhaitent la création d'un terrain de foot en dehors du quartier et formalisent leur demande à l'aide d'une pétition ;
- *Formation des personnes-relais* : il s'agit de la mise en place d'un cours de formation pour des personnes-relais ;
- *Mise à disposition d'un local pour les habitants du quartier (Pierre de Savoie et la Villette)* : cette activité concerne les démarches nécessaires pour la création d'un lieu de rencontre ;
- *Initiative Bonjour-Sourire* : cette activité se rapporte à l'instauration d'un climat de respect et de convivialité dans le quartier ;
- *Groupe Voitures* : le groupe voitures propose des actions pour diminuer les risques liés à la circulation dans le quartier ;
- *Groupe jeux et Stamm* : différentes rencontres sont mises en place sur le thème du jeu.
- *Petits mercredis et mercredis intergénérationnels* : réunions hebdomadaires réunissant des habitants du quartier, respectivement des aînés et des enfants.

Les annexes 7.3.2 à 7.3.12 présentent sous forme de schéma les différentes théories d'action développées par activité^t.

Trois éléments essentiels, inhérents au projet *Quartiers solidaires* et évoqués lors des ateliers, sont à mettre en évidence ici :

- *Les Forums* : la tenue des Forums est essentielle au déroulement du projet *Quartiers solidaires*. Ils ont lieu en principe deux fois par an et permettent le rassemblement de nombreuses personnes (habitants, représentants politiques, etc.). Aujourd'hui, les habitants, et principalement les jeunes, souhaitent que la partie festive des Forums soit davantage développée. Si tel était le cas, la présence des habitants serait mieux assurée.
- *Le local* : le local est un élément central de la démarche communautaire. Il rend possible la constitution de nombreux groupes de rencontres et la mise en place de différentes activités.
- *Les groupes de rencontres* : tant les Forums que l'existence d'un local permettent la constitution des groupes de rencontres. Ceux-ci réunissent essentiellement des habitants, mais les professionnels peuvent, selon les cas, également y participer.

5.2 THEORIE D'ACTION PAR AXE PRIORITAIRE

L'équipe de recherche a réalisé une synthèse sur la base des objectifs discutés et des théories d'action développées. Cette synthèse propose de regrouper les activités selon 4 axes d'intervention :

- Axe 1 : apporter des améliorations en termes d'aménagement du territoire
- Axe 2 : promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel
- Axe 3 : favoriser le 'bien vivre' ensemble
- Axe 4 : favoriser une retraite sociale et active

Ces axes reprennent ainsi les objectifs prioritaires du projet *Quartiers solidaires*. Les figures 9-12 présentent les théories d'action pour chacun des axes. Les éléments figurant en gras marquent le point de départ de chaque théorie d'action.

5.2.1 Axe 1 : apporter des améliorations en termes d'aménagement du territoire

L'axe 1 concerne les activités dont le but est d'apporter des améliorations en termes d'aménagement du territoire. Il s'agit des activités suivantes :

- Mise à disposition d'un local pour les habitants du quartier (Pierre de Savoie et Villette)
- Tonnelle fleurie / jardin de poche
- Groupe Voitures
- Pétition des jeunes pour un terrain de foot à la Villette

La Figure 8 présente les théories d'actions pour les activités incluses dans cet axe. Les améliorations en termes d'aménagement du territoire débutent grâce aux éléments suivants : a) rencontres Pro Senectute/habitants ; b) les Forums.

^t Certaines activités n'ont pas ou peu été commentées, dans la mesure où elles ont été suspendues (ex : *entraide de quartier*), sont en cours d'élaboration (ex : *Accueil Pavisud*, *Cafés samedis*, *Journal*), ou encore ne concernent que la Villette (*Brunch du 1^{er} août*).

- Rencontres Pro Senectute/habitants

Au départ, des rencontres ont eu lieu entre Pro Senectute et les habitants. Suite à ces rencontres, une demande est adressée à la ville pour qu'un lieu de rencontre soit mis à disposition des habitants, tant pour le quartier Pierre de Savoie que pour celui de la Villette.

- Pour *Pierre de Savoie*, les parties prenantes se sont mises d'accord sur l'utilisation d'un espace (ancien kiosque). La création de ce local a permis aux groupes de se former et de se rencontrer.
- A la *Villette*, des discussions sont en cours avec la ville pour la création d'un tel local.

- Forum

Les Forums sont notamment à l'origine des groupes *Tonnelle fleurie* et *Voitures*, de même que de la création d'un terrain de foot à la Villette.

- Le groupe *Tonnelle fleurie* souhaitait un aménagement de la parcelle communale située au centre du quartier, qui comprend notamment l'installation d'une tonnelle fleurie. Ce groupe s'est adressé à la municipalité qui le met en lien avec le service de l'urbanisme (Agenda 21). Ce service travaillait en effet déjà sur le projet *Jardin de poche*, en collaboration avec Equiterre. L'actuel projet *Jardin de poche* à Pierre de Savoie est le produit de la rencontre de ces deux projets.

Le projet *Jardin de poche* est ensuite présenté aux habitants lors d'un Forum. Les habitants, qui accueillent favorablement ce projet, sont invités à participer à sa réalisation. Les écoles et les enfants, fréquentant les *mercredis intergénérationnels*, sont également impliqués : ils réalisent des dessins dans le cadre d'un concours pour l'illustration de la mosaïque et participent également à sa réalisation concrète (récolte d'éclats de carrelage et pose de la mosaïque). L'inauguration de *Jardin de poche* a eu lieu en juin 2011, lors du 8^{ème} Forum Pierre de Savoie.

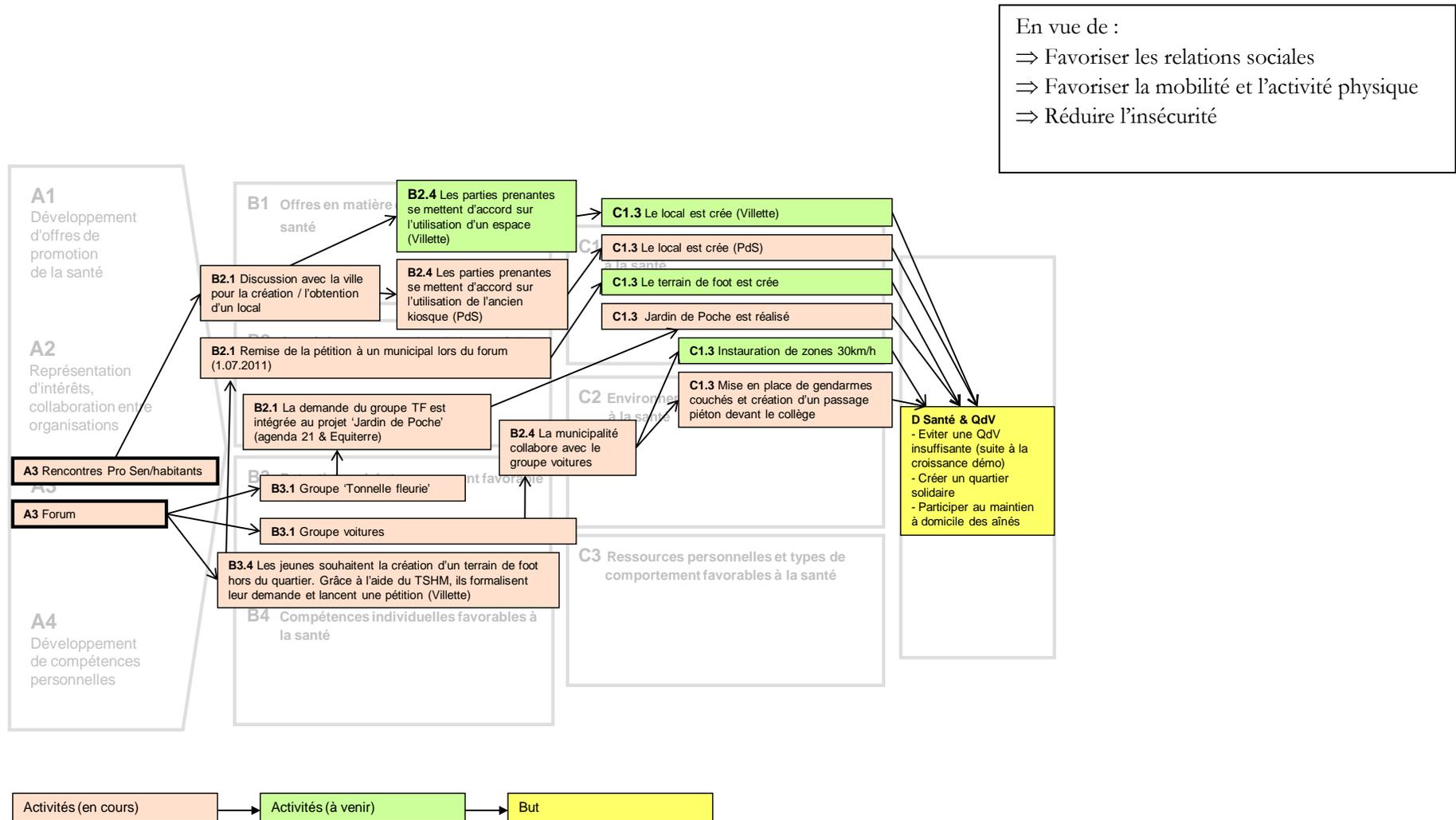
- Une fois le *groupe voitures* créé, la Municipalité collabore avec ce groupe: des séances de travail sont organisées avec la ville qui permettent au groupe d'exposer sa vision des problèmes, ses souhaits, etc. Des gendarmes couchés, ainsi qu'un passage piéton devant le collège ont ainsi pu être mis en place dans le quartier. Ces aménagements ont été réalisés rapidement, car ils dépendent uniquement du quartier. Ce n'est pas le cas des zones 30km à l'heure également souhaitées par le groupe, qui, pour être mises en place, nécessitent l'aval de la ville et doivent par conséquent être conformes à la politique de circulation de l'agglomération.
- A la Villette, les jeunes souhaitent la *création d'un terrain de foot* en dehors du quartier et formalisent leur demande à l'aide d'une pétition. Cette pétition a été remise à un municipal lors du dernier Forum (1^{er} juillet 2011) : 136 jeunes (entre 6 et 24 ans) ont signé cette pétition.

Un des objectifs de *Quartiers solidaires* est donc d'apporter des améliorations en termes d'aménagement du territoire. Comme présenté, plusieurs activités ont été développées pour atteindre cet objectif. Les améliorations en termes d'aménagement du territoire (C1 : environnement physique) vont dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie, dans la mesure où elles :

- **Favorisent les relations sociales** : la création d'un local, de même que celle d'un *Jardin de poche* permettent aux habitants de se rencontrer et de créer des liens. Les habitants se déplacent plus volontiers dans un environnement physique agréable à vivre, en l'occurrence le quartier. Le fait de « sortir plus souvent de chez soi » favorise le développement de relations sociales. Le développement de relations sociales réduit le risque d'isolement, qui, comme exposé dans le paragraphe suivant (§5.3), est en lien direct avec l'état de santé de la population.
- **Favorisent la mobilité et l'activité physique** : grâce à des aménagements du territoire, les habitants peuvent se déplacer plus facilement dans le quartier, ce qui incite les personnes âgées à sortir davantage de chez eux et à rester actives. De plus, la disponibilité d'un terrain de foot permet aux jeunes du quartier de pratiquer ensemble et facilement une activité physique. L'activité physique a également un impact positif sur la santé

- **Réduisent l'insécurité** : grâce à l'instauration de gendarmes couchés et d'un passage piéton, les risques liés à la circulation ont pu être réduits. Cette diminution des risques a une influence positive sur la qualité de vie des habitants du quartier, car elle a un impact à la fois sur l'insécurité effective (accidents) et l'insécurité perçue (ressentie).

Figure 8 Axe 1 : Apporter des améliorations dans les quartiers en termes d'aménagement du territoire



5.2.2 Axe 2 : promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel

L'axe 2, promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel, concerne les activités suivantes:

- Intégration des habitants du bâtiment de l'EVAM
- Petits mercredis et mercredis intergénérationnels

La Figure 9 présente les théories d'action pour ces deux activités. En ce qui concerne les habitants du bâtiment de l'EVAM, deux éléments sont à signaler :

- Le premier a trait à l'organisation d'une journée en l'honneur du déménagement des habitants du bâtiment de l'EVAM, afin d'effectuer des travaux dans le bâtiment. L'EVAM et les animateurs de proximité (Pro Senectute et TSHM), lors d'une réunion du groupe consultatif, se sont mis d'accord pour l'organisation d'une telle journée. Ils ont pris ensuite contact avec les habitants par l'intermédiaire du groupe terrain^u. La rencontre des habitants et des migrants lors de cette journée contribue à l'amélioration de l'ambiance intergénérationnelle et interculturelle du quartier.
- Le second concerne l'accueil des migrants à leur retour dans le quartier une fois les travaux réalisés (retour prévu pour été 2012). Quatre habitants souhaitent en effet anticiper leur arrivée et collaborent avec l'EVAM pour faciliter leur intégration future dans le quartier. Des rencontres avec l'EVAM ont déjà eu lieu. La prochaine séance est fixée en mars 2012.

Par ailleurs, l'existence du local a entre autres permis la création des *petits mercredis* et des *mercredis intergénérationnels*. Les *petits mercredis* sont des réunions hebdomadaires réunissant les habitants du quartier fortement engagés dans le projet. Il s'agit d'un groupe de réflexion générant des idées pour l'avancement du projet. Les *mercredis intergénérationnels* sont quant à eux des activités récréatives préparées par les aînés pour les enfants du quartier (les 6-12 ans).

Un des objectifs de *Quartiers solidaires* est donc de promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel. Les deux activités présentées (*intégration des habitants du bâtiment de l'EVAM* et *petits mercredis et mercredis intergénérationnels*) vont dans le sens de cet objectif.

La promotion du lien intergénérationnel et interculturel contribue à l'amélioration de la qualité de vie dans les quartiers, dans la mesure où elle permet de :

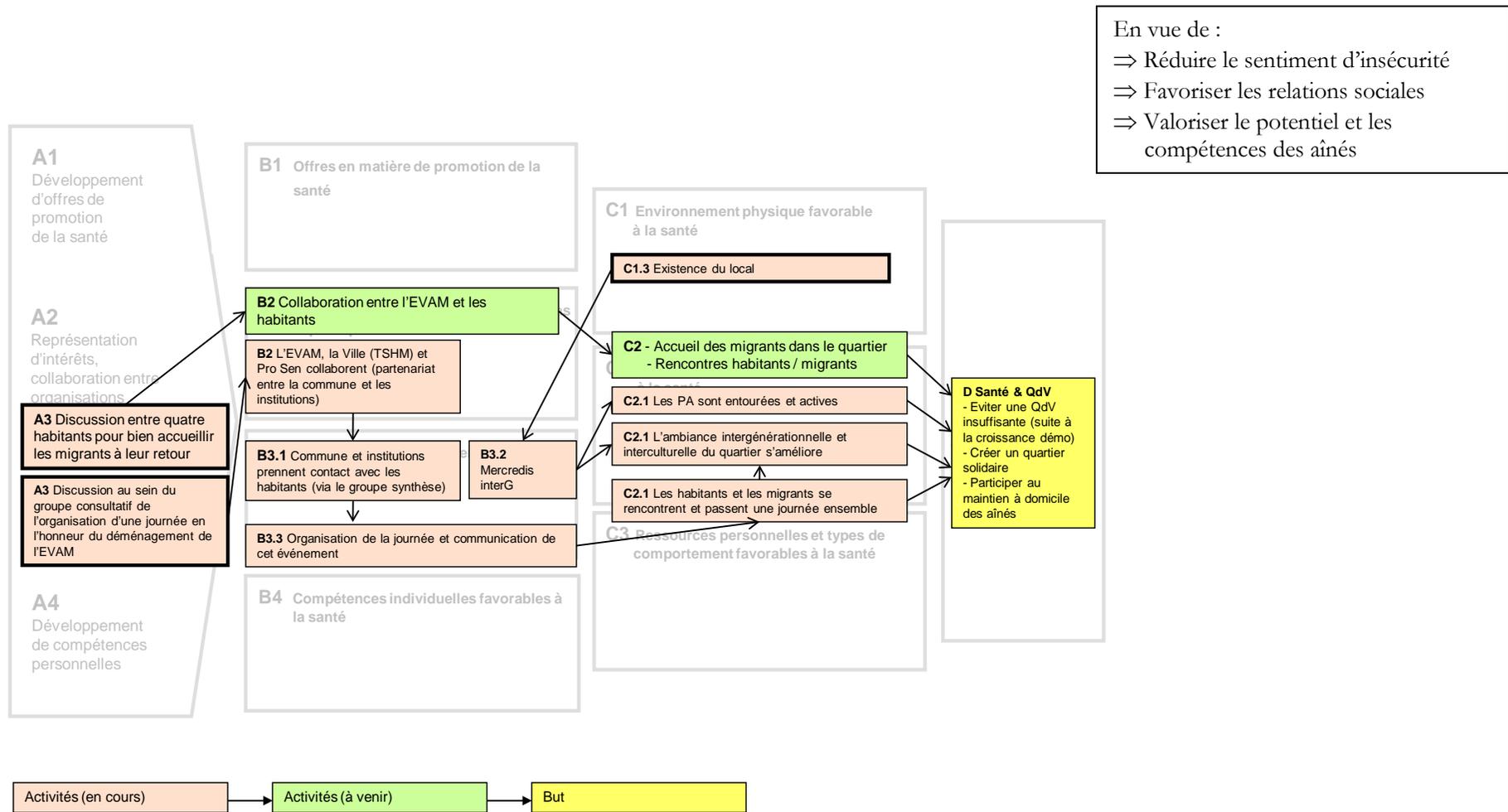
- **Réduire le sentiment d'insécurité** : le manque d'information concernant la présence de migrants dans le quartier est source de méfiance et d'insécurité. Les activités développées permettant la rencontre des habitants et des migrants facilitent d'une part l'intégration des migrants, et réduisent d'autre part les a priori et la méfiance des habitants du quartier. La qualité de vie des uns et des autres se trouve ainsi améliorée.

Les personnes âgées ne se sentent par ailleurs pas toujours en sécurité face à des groupes de jeunes. Les *mercredis intergénérationnels* permettent de créer des liens avec les enfants du quartier, et donc avec les adolescents de demain. Le fait de connaître ces jeunes permet de réduire le sentiment d'insécurité des personnes âgées.

- **Favoriser le développement de relations sociales** : les *mercredis intergénérationnels* ont une influence positive sur l'environnement social des personnes âgées. Grâce à ce rendez-vous hebdomadaire, les aînés sont intégrés à la vie de quartier et restent actifs.
- **Valoriser le potentiel et les compétences des aînés** : les *mercredis intergénérationnels* permettent aux aînés de faire état de leurs expériences d'utilisation de leurs compétences, d'être valorisés et d'être stimulés par des interlocuteurs plus jeunes. Le fait d'être reconnu et valorisé a une influence positive sur leur qualité de vie.

^u Des explications concernant ce groupe sont données à la Figure 6 (Organigramme du projet *Qualité de vie*)

Figure 9 Axe 2 : Promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel



5.2.3 Axe 3 : favoriser le 'bien vivre' ensemble

Les activités suivantes sont incluses dans le troisième axe :

- Initiative Bonjour-Sourire
- Groupe jeux

Au départ, un groupe *Respect* a été créé afin de promouvoir le respect et la convivialité dans le quartier. Ce groupe a mis en place l'activité *Bonjour-Sourire*, dans laquelle les habitants étaient invités à signer une charte, et s'engageaient, en la signant simplement, à dire bonjour et à sourire à leurs voisins. Cette charte était à disposition pour signature à l'entrée de chaque immeuble du quartier. Un court-métrage a ensuite été réalisé sur ce projet et présenté au Forum.

Suite à cette activité, le groupe *Rencontres entre femmes* a été créé. Ce groupe est ouvert à toutes les femmes du quartier, sans distinction aucune. Il représente un lieu d'accueil pour des femmes qui tendent à être isolées. Il s'est constitué durant l'hiver 2010 et a lieu le premier vendredi de chaque mois. Six à huit femmes environ participent à cette rencontre. Pour faire connaître l'existence de ce groupe et inviter les mamans du quartier à y participer, des flyers ont notamment été distribués à l'école.

A l'avenir, l'Espace prévention pourrait collaborer avec le groupe *Rencontres entre femmes* et prendre en charge l'animation de certaines rencontres afin d'aborder des questions de santé.

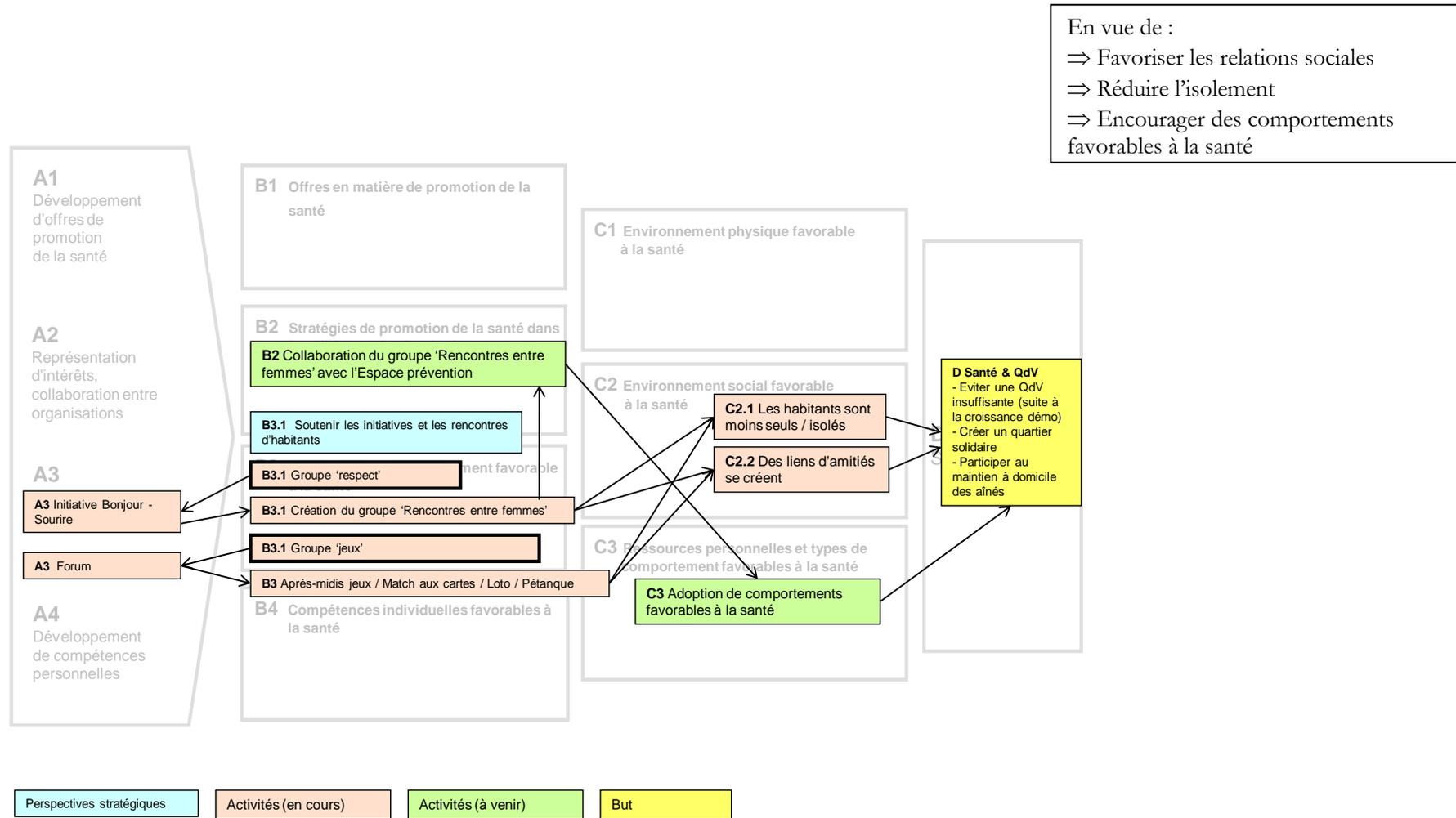
Grâce au local, un groupe *Jeux* s'est par ailleurs constitué. Différentes rencontres se sont ainsi mises en place sur le thème du jeu : *après-midis jeux* (tous les jeudis hors loto, 8-10 participants), *match aux cartes* (tous les 2-3 mois, env. 16 participants), *loto* (une fois par mois, env. 30 participants), *pétanque* (2 tournois : une demande est en cours pour déplacer le terrain pour gagner en visibilité).

Un des objectifs de *Quartiers solidaires* est donc de favoriser le 'bien vivre' ensemble. L'initiative *Bonjour-Sourire*, ainsi que les groupes de rencontres développés sur le thème du jeu participent à la réalisation de cet objectif.

'Bien vivre' ensemble est un élément qui contribue à l'amélioration de la qualité de vie, dans la mesure cela permet de :

- **Favoriser le développement de relations sociales** : les différents groupes créés sur le thème du jeu, de même que l'activité *Bonjour-Sourire* permettent aux habitants du quartier de se rencontrer et de créer des liens.
- **Réduire l'isolement** : l'offre d'opportunités diverses de rencontres augmente les chances que chacun y trouve son intérêt et participe à la vie de quartier. Ceci réduit le risque d'isolement, ce qui a une influence positive sur la qualité de vie et sur l'état de santé en général.
- **Encourager des comportements favorables à la santé** : lors des *Rencontres entre femmes*, il sera possible d'aborder différentes questions de santé (alimentation saine, activité physique, etc.).

Figure 10 Axe 3 : Favoriser le 'bien vivre' ensemble



5.2.4 Axe 4 : favoriser une retraite sociale et active

L'axe 4, favoriser une retraite sociale et active, concerne essentiellement l'activité *Formation des personnes-relais*.

Au départ, les participants au groupe terrain^v souhaitent bénéficier d'une formation et font part de leur souhait à la ville. Le Service Education & Jeunesse de la Ville d'Yverdon et le Centre de formation de la Croix-Rouge mettent en place une formation pour des personnes-relais. Cette formation est constituée de trois demi-journées et se déroule au local Pierre de Savoie. Lors de la 1^{ère} volée, 11 personnes se sont inscrites, dont 8 ont suivi les cours régulièrement ; lors de la 2^{ème} volée, 13 personnes se sont inscrites, dont 11 ont suivi les cours régulièrement.

La formation est renouvelée en fonction de la demande. Celle-ci ne se réduit pas à celle des habitants. Il s'agit davantage d'une demande par rapport à la perception des besoins dans le quartier. Elle peut donc provenir du groupe stratégique^w ou du groupe consultatif^x.

Un des objectifs de *Quartiers solidaires* est donc de favoriser une retraite sociale et active. Le cours de formation des personnes-relais permet notamment de :

- **Favoriser les contacts entre les habitants** : grâce à ce cours, les participants améliorent leurs compétences dans l'approche d'autrui, ce qui permet de créer des liens plus intenses entre les habitants.
- **Valoriser le potentiel et les compétences des aînés** : ce cours permet aux participants de se sentir davantage en confiance et donc d'acquérir une meilleure estime d'eux-mêmes. Ils peuvent ensuite transmettre ces compétences en adoptant une approche valorisant le potentiel des habitants eux-mêmes.

En résumé, ce chapitre présente non seulement les activités développées dans les quartiers à Yverdon grâce à *Quartiers solidaires*, mais démontre également comment ces activités peuvent avoir une influence sur les déterminants de la santé des aînés au niveau de l'environnement physique et social.

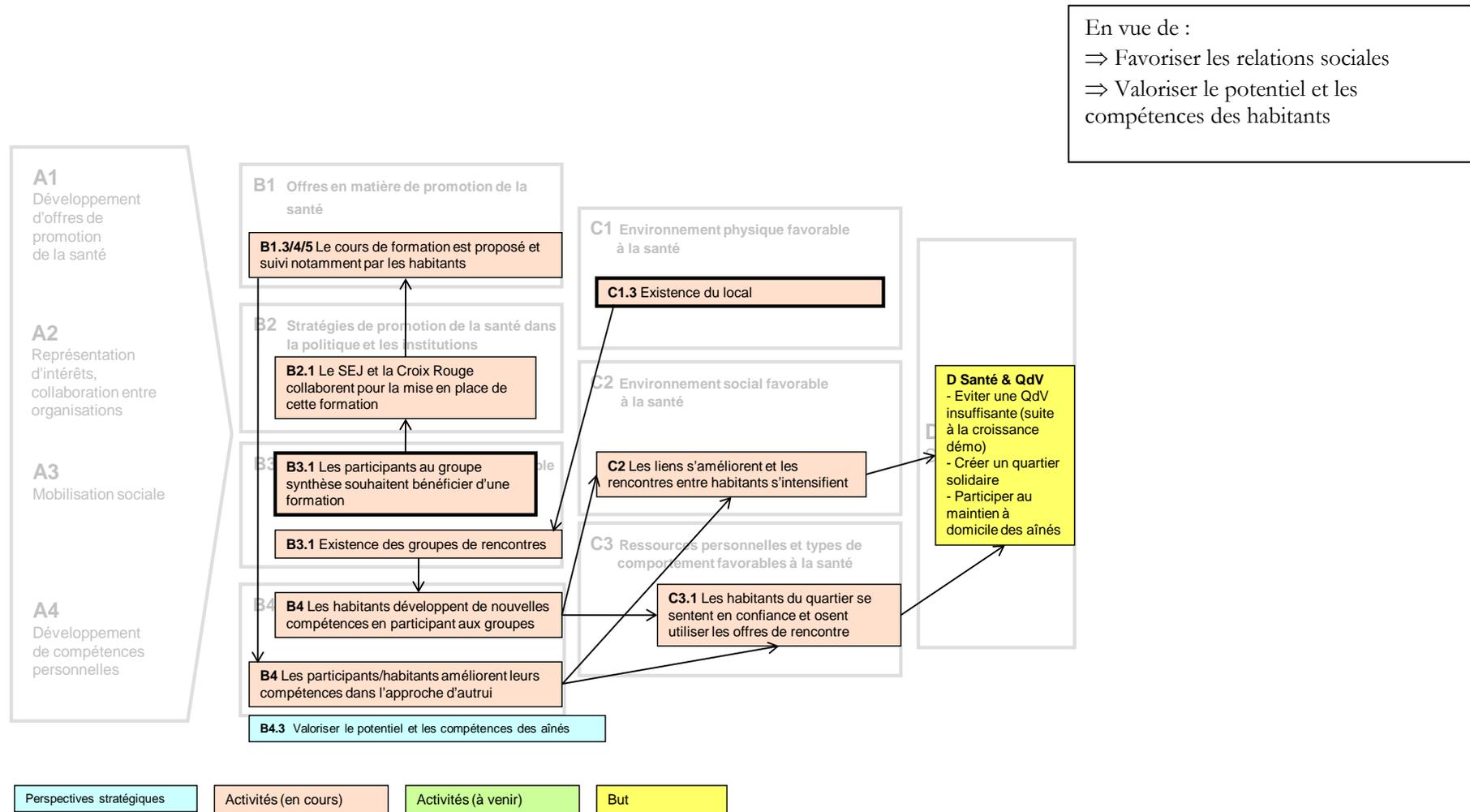
Le sous-chapitre suivant met en évidence les résultats de la littérature en ce qui concerne les relations de causes à effets entre les déterminants de la santé et la santé elle-même (indicateurs de morbidité) : dans le modèle, passage de la colonne C à la colonne D.

^v Des explications concernant ce groupe sont données à la Figure 6 (Organigramme du projet *Qualité de vie*)

^w idem

^x idem

Figure 11 Axe 4 : Favoriser une retraite sociale et active



5.3 APPORTS DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LES DETERMINANTS DE LA SANTE DES AINE(E)S EN RAPPORT AVEC LE PROCESSUS COMMUNAUTAIRE

Pour démontrer l'impact des déterminants de la santé (colonne C du modèle) sur la santé exprimée en termes de morbidité (colonne D), il convient de s'appuyer sur les données de la littérature scientifique. Une brève synthèse est faite ici concernant l'environnement physique et l'environnement social. Le lien entre « Ressources personnelles et types de comportements favorables à la santé (C3) » et la santé n'est pas présenté ici étant donné qu'il s'agit d'un projet communautaire et pas d'un projet visant des individus particuliers.

5.3.1 L'environnement physique

La littérature scientifique met en évidence l'importance de l'environnement physique pour la santé de la population, et plus particulièrement celle des personnes âgées. En effet, les améliorations en termes d'aménagement du territoire sont très importantes car elles peuvent favoriser de manière déterminante la mobilité de cette catégorie de la population³⁸.

L'augmentation de la mobilité est en effet le point de départ d'un cercle vertueux : elle contribue à l'augmentation de l'activité physique, offrant ainsi, outre une amélioration de la santé, une possibilité de développement de relations sociales réduisant l'isolement.

En conséquence, la mobilité apparaît comme un facteur essentiel que l'on peut favoriser par des mesures pratiques d'aménagement. La littérature scientifique met ainsi en évidence que le quartier et ses agencements sont d'autant plus importants pour les personnes âgées que leur mobilité est réduite. Des études ont en effet montré que les éléments suivants ont un impact direct sur la santé³⁹ :

- *Sécurité routière* : si des mesures adéquates sont prises afin d'augmenter la sécurité routière et plus particulièrement celle des piétons, il est démontré une augmentation sensible de la confiance des personnes âgées. Ce sentiment favorise ensuite leurs déplacements ;
- *Aménagements piétonniers* : les aménagements doivent être conçus afin de faciliter les déplacements à pied, avec des trottoirs et chemins pédestres en suffisance et adaptés ergonomiquement à des personnes âgées (accès, hauteur etc.) ;
- *Proximité des commerces* : l'accessibilité de points de vente pour les produits de consommation courante et d'agrément incite également à une mobilité accrue ;
- *Espaces verts* : de telles zones avec des bancs à disposition stimulent aussi la mobilité et incite de manière conviviale les déplacements d'agrément.

Compte tenu de l'importance de l'environnement physique pour la population, l'OMS a ainsi développé un guide « Urbanisme et santé » proposant des recommandations développées sur la base des données probantes⁴⁰.

5.3.2 L'environnement social

Les revues de la littérature au sujet de l'isolement chez les personnes âgées mettent en évidence deux types d'isolement : l'isolement social et l'isolement émotionnel⁴¹.

- L'isolement social est principalement dû à un manque d'intégration sociale. Il peut être la conséquence d'un changement pratique liée à la vie quotidienne et son environnement, tel un déménagement.
- L'isolement émotionnel est dû à une rupture ou une modification fondamentale voire définitive au sein de l'environnement affectif de la personne. Il peut s'agir de l'éloignement, de l'absence ou de la perte d'un être cher ou du conjoint.

Cette distinction est importante car elle permet d'identifier les stratégies d'intervention les plus pertinentes. Dans le cas de l'isolement social par exemple, l'action communautaire est un moyen efficace permettant à la personne de nouer ou de renouer des liens sociaux dans un entourage défini. Le développement de telles relations est une réponse directe à l'isolement. Cela dit, les relations sociales ne peuvent pas se substituer au domaine émotionnel et combler par exemple la perte d'un être cher. Le développement de relations tend donc à atténuer l'isolement social mais ne peut combler le sentiment de solitude affective.

La littérature scientifique relève également que la mesure de l'isolement est par définition subjective. La manière la plus simple adoptée dans les études scientifiques pour évaluer le sentiment de solitude d'une personne est de poser une seule et unique question : « vous sentez-vous seule ? », à laquelle on peut répondre en cochant une réponse prédéfinie allant de « non, jamais » à « oui, toujours ». Il existe cependant des instruments de mesure plus approfondis, dont le plus connu et le plus usité est celui qui a été développé à l'UCLA (University of California Los Angeles), à savoir « UCLA Loneliness Scale »⁴². Il s'agit d'un questionnaire qui fait référence dans le domaine et permet d'évaluer la satisfaction à l'égard des relations sociales en s'appuyant notamment sur la fréquence et l'intensité du sentiment d'isolement.

Quant à l'impact de l'isolement sur la santé, la littérature scientifique met en lumière des effets négatifs non seulement sur la santé psychique, mais également sur la santé physique. Ces résultats peuvent être synthétisés de la façon suivante^{41, 43-45} :

Conséquences de l'isolement sur la santé psychique

Plusieurs études mettent en évidence l'existence d'une forte association entre isolement et dépression. L'isolement serait même un facteur de risque important de la dépression.

Un lien entre isolement et déclin cognitif a par ailleurs également été établi. Il apparaît en effet que, chez les personnes âgées, le déclin cognitif est plus important chez les personnes souffrant de solitude que chez les autres. Une étude menée en 2007 par Wilson et al.⁴⁶, concernant plus spécifiquement la maladie d'Alzheimer, indique que le risque de développer une telle maladie est plus important chez les personnes isolées.

De plus, il est relevé que l'isolement favorise également l'anxiété, augmente la perception du stress et a une influence négative sur l'estime de soi.

Conséquences de l'isolement sur la santé physique

L'isolement a également un impact négatif sur la santé physique. Les études qui ont été menées ont identifié un certain nombre de maladies et symptômes tels l'hypertension, avec toutes les conséquences sur le système cardiovasculaire, les troubles du sommeil et les réactions anormales au stress. Il est également relevé les conséquences graves de ces paramètres car ils ont un impact direct sur l'augmentation de la mortalité.

En conclusion, il est intéressant de mettre en évidence des liens validés par la littérature scientifique, qui plus est pertinents dans la perspective de la présente étude sur les quartiers solidaires.

Il y est indiqué que l'efficacité des interventions visant à prévenir ou atténuer l'isolement social n'est pas toujours facile à démontrer. Il semble cependant que les interventions apportant le plus de résultats sont celles visant à accroître les opportunités de rencontres, comparées à celles basées sur un soutien individuel (ex : visites à domicile, divulgation de conseil et information)^{47, 48}. La démarche *Quartiers solidaires* s'inscrit donc dans une approche estimée plus efficace par la littérature scientifique.

En Suisse, les interventions commentées ici, ainsi que d'autres, sont actuellement reprises par certains cantons dans le cadre du programme « Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées »⁴⁹.

6 DISCUSSION ET PERSPECTIVES

6.1 FAISABILITE DE LA DEMARCHE

Au début de la phase préparatoire il a été nécessaire de prendre passablement de temps pour assurer les acteurs au niveau du terrain sur les buts du mandat et la manière d'y parvenir. Néanmoins, une fois la deuxième étape démarrée, à savoir la réalisation des ateliers, une bonne ambiance de travail s'est établie. Par ailleurs, les participants ont pu relativement rapidement s'approprier la méthode de travail et le niveau d'engagement de l'ensemble des participants était excellent. A partir des bases théoriques (cf. chap. 1.1) le pari a été fait qu'il serait possible d'intégrer la démarche communautaire à la méthodologie du modèle, grâce au concept large de la santé adopté par le SMOC. Le bien-fondé de cette position a été confirmé par la discussion lors de la réalisation des ateliers : aucun point de désaccord n'a été décelé concernant les buts des projets *Quartiers solidaires* et *Qualité de vie* et la conception du modèle. En revanche, pour la plupart des acteurs impliqués dans un processus de développement communautaire, le maintien et l'augmentation des relations sociales dans le quartier était déjà un but en soi ; le lien avec la santé n'étant pas forcément explicite ni nécessaire.

Le fait qu'au sein d'un projet, un groupe d'animateurs vise une population âgée (Pro Senectute) et qu'un autre groupe de travailleurs sociaux se focalise sur une population jeune (TSHM de la ville) n'a pas non plus posé de problème, alors qu'une telle différence, lors la phase préparatoire, avait été évoquée comme problématique pour la réalisation d'une théorie d'action.

La fluidité du travail collectif a sans doute été largement facilitée par le fait qu'il existait déjà plusieurs instances de collaboration entre les divers acteurs (voir Figure 6). D'ailleurs, l'importance de la communication entre les autorités, les divers professionnels de terrain et les habitants a souvent été soulignée dans la discussion lors des ateliers. La mise au point de la théorie d'action intégrant les trois groupes d'acteurs a probablement aussi été facilitée par la tenue, dans un premier temps, d'un atelier d'analyse de la situation avec chaque groupe séparément. Cela a permis un espace de réflexion et d'appropriation de la méthode spécifique à chaque groupe d'acteurs leur permettant ainsi d'être plus à l'aise pour entreprendre le développement de la théorie d'action.

6.2 L'ELABORATION DE LA THEORIE D'ACTION

Les théories d'action par axe stratégique représentent bien la réalisation sur le terrain de la méthodologie de Quartiers solidaires¹. Ces théories illustrent également comment, à travers une série d'activités diverses, on arrive à identifier un axe de travail, c'est à dire une stratégie de terrain, qui vise un impact sur les déterminants de la qualité de vie et de la santé des aîné(e)s. L'exercice permet de prendre une activité spécifique et d'en préciser son sens dans un contexte plus large. Par exemple, isolé du contexte stratégique, dire que des moyens sont mis en œuvre pour que les habitants se sourient et se disent bonjour peut paraître ridicule. Cela dit, resituée en lien avec d'autres activités comme une articulation de l'expression d'une stratégie, cette démarche prend tout son sens.

L'analyse de la situation a identifié et validé un grand nombre de problèmes relatifs à la qualité de vie dans les quartiers. Ces problèmes peuvent également être compris comme révélateurs de besoins partiellement ou non-satisfaits. Cette différence de terminologie n'est pas purement sémantique : l'identification de ces divers éléments comme des problèmes suppose, en amont et implicitement, un certain nombre d'hypothèses concernant les besoins des aîné(e)s, ainsi que des autres résident(e)s (ex: "sentiment d'insécurité" suppose un besoin chez les aîné(e)s de se sentir en sécurité). Les activités mises en place et envisagées doivent donc être en cohérence avec la satisfaction de ces besoins. Cette perspective renvoie à la conceptualisation relevée dans la littérature de la qualité de vie comme étant le degré d'atteinte de la satisfaction de nos besoins (cf. chap. 3.2).

Si l'on compare les activités du projet de développement communautaire *Quartiers solidaires/Qualité de vie* aux problèmes/besoins constatés dans les quartiers concernés, elles sont largement en cohérence, même si certains aspects sont plus adressés que d'autres. Par ailleurs, la résolution des différents problèmes est, à un certain degré, du ressort d'un groupe d'habitants du quartier. Dans certains cas, comme par exemple, le risque d'isolement, le groupe peut agir directement en créant des groupes de rencontres et des événements et en encourageant la participation des habitants du quartier, plus particulièrement ceux identifiés comme étant particulièrement vulnérables (ayant un impact au niveau de la colonne C du modèle, plus spécifiquement C2 "Environnement social favorable à la santé"). Dans d'autres cas, nécessitant par exemple une modification de l'aménagement du territoire, le rôle d'un groupe d'habitants est limité à la mobilisation sociale de l'ensemble des habitants du quartier (Activité (A3) visant des résultats au niveau de la Catégorie B3 "Potentiel social et engagement favorable à la santé") pour qu'ils représentent les intérêts autour de ces thèmes (A2), visant ainsi un impact au niveau de la catégorie B2 : "Stratégies de promotion de la santé dans la politique et les institutions" et la catégorie B3 : "Potentiel social et engagement favorable à la santé". La possibilité que ces activités arrivent par la suite à avoir un impact au niveau de la colonne C, c'est à dire sur les déterminants de la santé, dépend de l'implication des acteurs ayant des responsabilités pour la politique de la ville, voire du canton. Le succès de ces démarches est tributaire non seulement du degré de mobilisation obtenu mais également de la capacité des autres acteurs du projet *Qualité de vie* à faire valoir l'intérêt de ce projet face à d'autres impératifs politiques et économiques.

Les déterminants de la santé visés par les activités des projets *Quartiers solidaires/Qualité de vie* se situent essentiellement dans les catégories C1: "Environnement physique favorable à la santé" et C2 : "Environnement social favorable à la santé". Comme il a été indiqué plus haut, ceci est logique dans le cadre d'un programme communautaire qui vise des changements en termes collectifs, voire écologiques^y plutôt qu'individuels (dans le modèle, la catégorie C3 est plutôt utilisée en lien avec l'approche individuelle, à savoir conseils, cours, prévention et soins auprès des particuliers...). Néanmoins, il est clair que des modifications dans la situation au niveau de la catégorie C1 ou C2 sont également censées entraîner des changements de comportement : par exemple, les habitants sortent plus, se déplacent à pied dans le quartier et utilisent donc davantage les ressources à disposition.

Le tableau ci-dessous résume les axes stratégiques décidés :

Tableau 2 Synopsis des axes stratégiques

Axes d'interventions	Impact sur les déterminants de la santé
Axe 1 : Apporter des améliorations dans les quartiers en termes d'aménagement du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations sociales - Favoriser la mobilité et l'activité physique - Réduire l'insécurité
Axe 2 : Promouvoir le lien intergénérationnel et interculturel	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le sentiment d'insécurité - Favoriser les relations sociales - Valoriser le potentiel et les compétences des aînés
Axe 3 : Favoriser le 'bien vivre' ensemble	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations sociales - Réduire l'isolement - Encourager des comportements favorables à la santé
Axe 4 : Favoriser une retraite sociale et active	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations sociales - Valoriser le potentiel et les compétences des habitants

^y Le Grand Robert : "qui concerne les rapports entre les êtres vivants et leur milieu".

6.3 PERSPECTIVES D'ÉVALUATION

Une éventuelle évaluation du projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* devrait **rester en cohérence avec le modèle utilisé pour définir le cadre d'évaluation**. En effet, dans le modèle de catégorisation, chaque activité de promotion de la santé (Colonne A) est liée à un ou plusieurs résultats escomptés, ceux-ci se trouvant dans les colonnes B (Facteurs qui influencent les déterminants de la santé) et C (Effets sur les déterminants de la santé). Les sous-catégories, correspondant aux catégories B1-4 et C1-3, offrent déjà un guide concernant les indicateurs à formuler lors d'une éventuelle évaluation. Les théories d'action élaborées pour chaque axe stratégique représentent les étapes successives de sa réalisation placées dans les catégories correspondantes du modèle; les Figure 8, Figure 9, Figure 10 et Figure 11 illustrant ces théories ne laissent pas apparaître les sous-catégories. C'est en premier lieu celles-ci, illustrées à la Figure 2 qui indiquent de façon plus spécifique les critères d'évaluation possibles pour chaque catégorie, comme il est expliqué plus bas.

Il est donc possible de fixer un certain nombre d'objectifs, situés au niveau des catégories différentes, d'en préciser les critères d'évaluation en s'inspirant des sous-catégories, et ainsi d'évaluer l'atteinte des objectifs spécifiés dans la théorie d'action à différents niveaux et à différentes étapes.

Cet exercice permet ainsi d'apprécier la réalisation effective des objectifs à différents points dans l'enchaînement hypothétisé de la théorie d'action, c'est à dire, comment les différentes activités sont susceptibles de mener aux buts du projet.

6.3.1 Quels aspects de la théorie faudrait-il évaluer?

Bien entendu, il ne serait jamais possible d'évaluer chaque objectif et chaque lien précisé par la théorie d'action. Des critères doivent donc être définis permettant de mettre des priorités en ce qui concerne les choix à effectuer. Le SMOC s'inscrit dans un courant dans le domaine de l'évaluation des programmes qui se base sur l'élaboration des théories (TBE: *Theory-based evaluation*). Cette approche permet d'étudier les mécanismes des changements sociaux. Weiss, un expert dans le domaine, décrit les critères principaux lors de la définition des liens à évaluer dans une théorie d'action⁵⁰, à savoir:

Les croyances des personnes associées au programme : ce critère fait référence à l'élaboration d'une théorie avec les personnes responsables du programme. Comment ces personnes se représentent-elles le processus par lequel leur programme atteindra ces buts?

La plausibilité : c'est à dire, une estimation de la faisabilité d'arriver aux buts. Dans d'autres disciplines on pourrait parler de *face validity*, ou tout simplement, dans quel mesure les suppositions paraissent raisonnables vues d'un œil externe ? Est-ce que ce qui est proposé a un sens dans le contexte donné ? Les conditions nécessaires sont-elles réunies ? Sont les moyens à disposition adéquats pour y arriver?...

Manque de connaissances dans le domaine du programme à évaluer : Ce critère fait référence à l'intérêt d'avancer l'état des connaissances scientifiques dans le domaine en question en liant l'évaluation à la théorie correspondante en sciences sociales.

L'importance du lien pour le programme en question : Ce point fait référence au critère le plus essentiel à observer. Il s'agit d'identifier l'aspect de la théorie sur lequel repose l'ensemble du programme, c'est à dire, le lien clé, sans lequel le programme ne pourrait jamais réussir.

Sont présentés ci-dessous des exemples de questions d'évaluation qui se laissent générer sur la base de la théorie d'action proposée en tenant compte des critères de Weiss.

Pour ce qui concerne une éventuelle évaluation du projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie*, le premier critère, *Les croyances des personnes associées au programme* est largement pris en compte par le processus participatif de l'élaboration des théories d'action. Ce processus a aussi contribué largement à assurer la *plausibilité* des liens, mais il faudrait encore s'assurer que ce critère soit pris en compte dans la définition

plus précise des objectifs et des mesures. La question de la proportionnalité est notamment à prendre en compte : que peut-on espérer atteindre avec les moyens à disposition ? Quel degré d'impact du programme en termes de proportion de la population concernée peut-on raisonnablement attendre en tenant compte des moyens investis et de la durée du projet ? Concernant le troisième critère *Manque de connaissances dans le domaine du programme à évaluer*, plusieurs questions scientifiques intéressantes se présentent dans ce projet. L'une d'elles est certainement l'approfondissement et la précision de la notion d'*empowerment* (autonomisation)⁵¹.

La prise en compte du dernier critère *L'importance du lien pour le programme en question* nécessite davantage de discussion. En ce qui concerne la conceptualisation de la démarche *Quartiers solidaires*, les hypothèses sont clairement posées dans la documentation publiée¹. Il s'agit, par exemple, de l'appropriation des habitants de la démarche et de leur identification avec le projet, qui mènent à un engagement susceptible de perdurer une fois que les animateurs de Pro Senectute ne sont plus actifs dans le quartier. Concernant les mécanismes de changement, les hypothèses du projet plus large, *Qualité de vie*, sont moins explicites dans la documentation. Les bases théoriques du projet *Quartiers solidaires* font référence aux mécanismes de mobilisation sociale projetés. Les sous-catégories de la catégorie B3 "Potentiel social et engagement favorable à la santé" fournissent déjà un guide du type de résultat escompté à ce propos :

Existence de groupes actifs chargés des questions de promotion de la santé

Collaboration de nouveaux acteurs

Diffusion des questions de promotion de la santé auprès de groupes de la population

Appropriation des questions de santé par des groupes dans la population

Puisque le projet dans le quartier Pierre de Savoie est déjà bien avancé, des résultats sont à disposition concernant les deux premières sous-catégories, or que pour la Villette le processus n'est pas encore tout à fait abouti. Dans les deux quartiers, les sous-catégories 3 et 4 se laisseraient transformer en questions d'évaluation pertinentes. Par exemple, de nouveaux groupes se sont-ils formés autour de la problématique *Quartiers solidaires/Qualité de vie* ? Sont-ils actifs dans le quartier (fréquence des rencontres, taux de participation, activités réalisées) ? De nouveaux partenaires, ont-ils été intégrés au projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* (ex. degré de collaboration effective avec l'EVAM ou avec les CMS) ? Les habitants, identifient-ils des questions de santé en lien avec l'aménagement et l'ambiance du quartier ? Les thèmes de santé /qualité de vie travaillés par les groupes, sont-ils pertinents ?

Des résultats concernant les mécanismes clés du changement sont également attendus relatifs à d'autres catégories. Les catégories situées plus au niveau individuel sont pertinentes pour les acteurs directs, à savoir les habitants qui participent aux différents groupes établis dans le cadre du projet *Quartiers solidaires*. La catégorie B4 "Compétences individuelles favorables à la santé" contient des sous-catégories qui font référence à l'acquisition de "Nouvelles aptitudes personnelles et/ou sociales" et au "Renforcement de la confiance en soi". Les questions correspondant à ces sous-catégories seraient, par exemple : Les habitants actifs dans les groupes *Quartiers solidaires/Qualité de vie* perçoivent-ils un impact positif de cet engagement sur leur vie (en termes de compétences, image de soi, intégration sociale...) ?

Par ailleurs, une éventuelle évaluation se pencherait sur les modifications apportées aux déterminants de la santé principalement concernés par ce projet, compris dans la catégorie C1 "Environnement physique favorable à la santé" et C2 "Environnement social favorable à la santé".

De nouveau, pour Pierre de Savoie, des modifications concrètes peuvent déjà être constatées concernant l'environnement physique sous forme d'aménagements du quartier (ex. mise à disposition d'un local, création de l'espace *Tonnelle fleurie*), or le projet de la Villette est moins avancé. Ceci implique que pour Pierre de Savoie à ce stade, les questions qui se posent ne concernent pas simplement l'existence de ces modifications mais les utilisations qui en sont faites. Quel est le taux d'occupation du local et qui s'en sert ? Est-ce que les habitants se déplacent davantage dans le quartier ? Est-ce qu'ils ont, par exemple, l'impression que l'espace *Tonnelle fleurie* leur appartient ? Est-ce que cet espace encourage

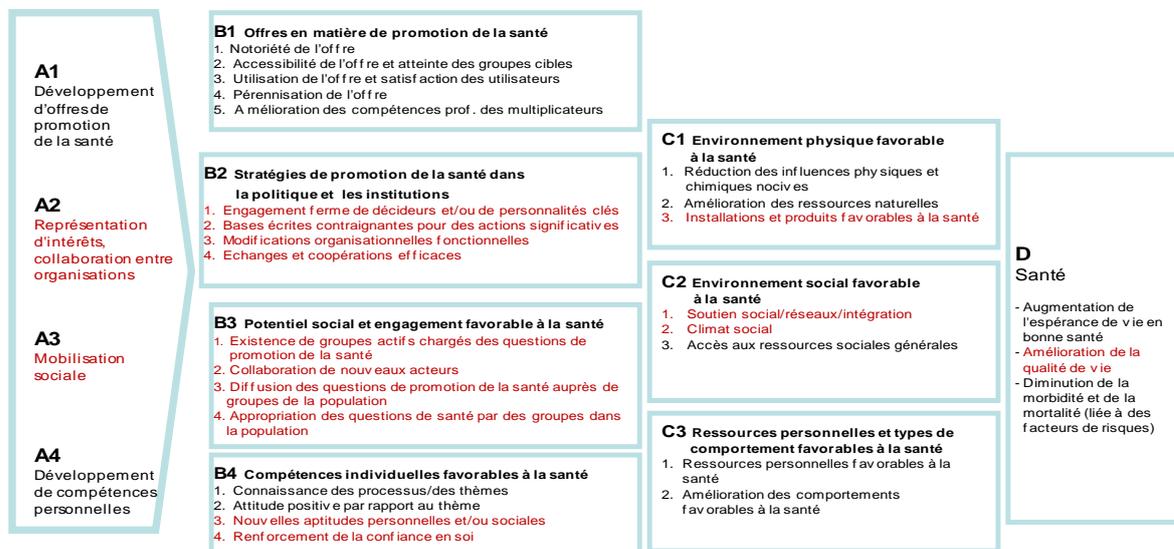
les rencontres et accroît les relations sociales ? Et, si oui, pour quelle partie de la population ? Les aîné(e)s en particulier, profitent-ils/elles réellement de cette nouvelle installation ?

Concernant la question d'isolement de façon plus générale, surtout présente dans la catégorie C2 "Environnement social favorable à la santé", il s'agit de modifications en termes de :

1. Soutien social/réseaux/intégration
2. Climat social
3. Accès aux ressources sociales générales

Les questions d'évaluation pourraient, par exemple, se poser dans les termes suivants : Les habitants ont-ils remarqué des changements au niveau de l'ambiance et des relations sociales dans le quartier ? Si oui, est qu'ils l'apprécient ? A quoi attribuent-ils ce changement ? Le cas échéant, se sentent-ils moins isolés qu'avant ? Ont-ils l'impression de mieux connaître leurs voisins ou de les côtoyer davantage ? D'autres questions peuvent concerner la qualité perçue des relations intergénérationnelles (perception des aîné(e)s du contact avec les jeunes et *vice versa*), et en lien avec les résidents futurs du bâtiment de l'EVAM, des relations interculturelles (par exemple, pour le quartier Pierre-de-Savoie, mise en œuvre de la collaboration avec l'EVAM et qualité des relations entre les habitants actuels du quartier et les nouveaux habitants du bâtiment de l'EVAM).

Figure 12 Principales sous-catégories du SMOC touchées par le projet *Quartiers solidaires / Qualité de vie*



6.3.2 Définition du mandat

Ainsi, comme il vient d'être décrit, des questions d'évaluation peuvent être générées pour apprécier l'ensemble des objectifs et des liens proposés dans la théorie d'action. Le choix des questions lors d'une éventuelle évaluation dépendra des intérêts particuliers du mandant, ainsi que des autres parties

prenantes participant à la définition du mandat. Ce choix dépendra bien évidemment aussi du calendrier défini ainsi que des ressources humaines et financières à disposition.

Les dispositifs et outils pour apprécier les réponses aux questions d'évaluation définies devraient être choisis en fonction des questions posées. Généralement, on préconise une approche mixte, incorporant des méthodes qualitatives et quantitatives. Il existe des bases théoriques et méthodologiques définissant la pertinence de chaque approche. Certains aspects plus routiniers se laissent également apprécier par un monitoring relativement simple des activités. Il est à souligner que chaque question d'évaluation ne donne pas lieu à une étude spécifique. Par exemple, si des entretiens sont menés avec les acteurs du projet ou les habitants du quartier, plusieurs problématiques peuvent être adressées dans la même grille d'entretien ou dans le même questionnaire.

A titre d'exemple, la méthodologie d'une future évaluation pourrait consister en :

- le développement des outils de monitoring pour les groupes actifs afin de documenter de manière systématique leurs activités et le degré de participation des habitants et les réseaux sociaux émergents ;
- des entretiens menés avec les membres de groupes actifs ;
- des entretiens menés avec les partenaires associés au projet *Quartiers solidaires/Qualité de vie* (cf. chap. 3.1.3) ;
- des entretiens menés avec un échantillon structuré (*purposive sample*) des habitants du quartier (ne participant pas aux groupes actifs mais susceptibles d'être touchés par leurs activités) ;
- une enquête auprès des habitants âgés de plus de 60 ans; le questionnaire utilisé serait défini à partir des résultats des entretiens menés au préalable (voir ci-dessus).

Le Tableau 3 indique les principaux thèmes à aborder lors des entretiens selon la population en question. De nouveau, ce tableau est proposé pour illustrer la démarche, son contenu devrait être revisité et validé par les parties prenantes d'une future évaluation.

Tableau 3 Proposition de thèmes principaux des grilles d'entretien lors d'une future évaluation

Thèmes communs	Environnement physique : Sentiments de sécurité/ insécurité Perceptions du niveau d'agrément du quartier Déplacements dans le quartier (facilité, fréquences) Appréciation et utilisation des infrastructures du quartier Appréciation et utilisation des transports Environnement social : Connaissance et fréquentation des autres habitants Perception de la qualité des relations sociales dans le quartier Perception de la qualité des relations sociales avec les jeunes Perception de la qualité des relations sociales avec les habitants du bâtiment de l'EVAM		
Thèmes spécifiques	Membres actifs des groupes Quartiers solidaires/Qualité de vie	Partenaires	Habitants
	Eventuelles retombées au niveau personnel de leur engagement dans le projet <i>Quartiers</i>	Perception du projet Quartiers solidaires/Qualité de vie	Notoriété perçue du projet

	<i>solidaires/Qualité de vie</i>	en termes de :	Connaissances du projet
	Intégration sociale au sein du quartier	La qualité des collaborations	Pertinence des activités relative aux besoins perçus des personnes âgées dans le quartier
	Image de soi	La pertinence et l'utilité du projet	Pertinence des activités relative aux besoins personnels
	Niveau de compétences	La cohérence du projet avec les politiques communale/sanitaire de la ville	
	Sens d'empowerment		
	Sentiments de sens/ de but dans la vie		

Une future évaluation devrait également intégrer les résultats à disposition relatifs aux indicateurs incorporés systématiquement à la démarche *Quartiers Solidaires*. Ceux-ci visent la qualité de l'intervention en référence aux bases théoriques et méthodologiques du concept d'intervention. Ces indicateurs permettent d'apprécier à quel niveau le projet s'est déroulé comme prévu. Il est tout à fait possible de maintenir ces indicateurs tels quels tout en les classant dans les différentes catégories du modèle de classification des résultats.

Un autre défi que rencontrerait une éventuelle évaluation se pose en termes du moment à intervenir dans le processus global. Il n'est pas possible de poser un *baseline* en termes de mesures (c'est à dire, un reflet de la situation avant la mise en route des projets) puisque les projets sont en cours depuis un certain temps, et se trouvent d'ailleurs à différents niveaux d'avancement selon le quartier. De plus, au sein de chaque quartier, les activités identifiées n'ont pas débuté en même temps et connaissent chacune une dynamique différente en termes de leur avancement. Il s'agit d'une situation complexe qui ne se laisse pas apprécier avec des modèles linéaires⁵². Cette complexité devrait aussi être prise en compte au cours d'une éventuelle évaluation. En élaborant les axes stratégiques, il n'est pas possible de prévoir à l'avance tous les éléments à prendre en compte, car certains ne se laissent pas connaître à l'avance (par exemple, changement de politique communale ou cantonale, émergence de nouveaux acteurs...)

Le protocole d'une éventuelle évaluation devrait également prendre en compte le fait que le projet *Quartiers solidaires* est imbriqué dans le projet *Qualité de vie*. Si certaines questions, comme celles relatives aux mécanismes de mobilisation sociale se réfèrent plus explicitement au projet *Quartiers solidaires*, d'autres, comme l'atteinte des modifications au niveau de l'aménagement urbain, dépendent davantage du projet plus large de la ville. *Quartiers solidaires* y est néanmoins associé, étant donné que les habitants ont identifié des problèmes à ce niveau et se sont fixés des objectifs à cet égard.

Enfin, une évaluation définie à partir du cadre proposé permettrait d'apprécier la force de différents liens dans les théories d'action correspondant aux axes stratégiques, ainsi que l'atteinte des objectifs estimés prioritaires. Elle devrait également permettre d'identifier les facteurs favorables et défavorables à la réussite des démarches de développement communautaire entreprises. Des informations concernant l'ensemble de ces éléments serviront à l'ensemble des parties prenantes pour améliorer l'efficacité du projet et pour améliorer son déroulement, ainsi que celui des autres, lorsque la méthodologie *Quartiers solidaires* est implantée ailleurs.

7 ANNEXES

7.1 DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LES QUARTIERS

7.1.1 Base documentaire

Document (titre)	Source
Méthodologie <i>Quartiers solidaires</i> , février 2011	Pro senectute Vaud
Guide de qualité pour le TSC de Pro Senectute (nov. 2009)	Pro Senectute
Indicateurs : travail social communautaire (mars 2010)	Pro Senectute
Les indicateurs de l'UTSC (octobre 2009)	Pro Senectute
Méthodologie du diagnostic communautaire (oct. 2009)	Pro Senectute
Projet pilote TSC : prestations de services s'orientant vers des objectifs selon la RPT (août 2008)	Pro Senectute
Projet <i>Qualité de vie</i> : état des lieux-janvier 2011 Quartier de la Villette & Sous-Bois	Ville d'Yverdon & Pro Sen
Projet « Qualité de vie : quartier Pierre de Savoie à Yverdon » (février 2008), Après 15 mois et un Forum	Ville d'Yverdon & Pro Sen
Entretien réalisé avec Daniel von Siebenthal, syndic d'Yverdon.	Revue de la Société suisse d'utilité publique, mars 2010
Qualité de vie – bien vivre ensemble	Site internet www.yverdon-les-bains.ch
Projet urbains : Développement de la politique communautaire à Yverdon-les-Bains	Ville d'Yverdon (Municipalité)
Mise en œuvre de la politique de l'enfance et de la jeunesse à Yverdon-les-Bains (mars 2008)	Ville d'Yverdon, Education et Jeunesse
Programme projets urbains : Développement de la politique communautaire à Yverdon-les-Bains (octobre 2008)	Ville d'Yverdon, Education et Jeunesse
Résumé du projet « Personnes relais à Pierre de Savoie »	Ville d'Yverdon, Education et Jeunesse & Centre de formation de la Croix-Rouge vaudoise
Bilan de formation « entrer en relation et mettre en lien dans mon quartier »	Ville d'Yverdon, expérience de Juan Ballesteros
Activités de reporting et auto-évaluation 2009 (formulaire)	Confédération suisse, Office fédéral du développement territorial, Evaluanda
Une démarche participative dans le quartier Pierre-de-Savoie : Document de projet (2006)	Ville d'Yverdon
La jeunesse des quartiers de Villette & Sous-bois vous proposent...	Ville d'Yverdon, Education & jeunesse (TSHM) (résultats de l'enquête auprès des jeunes de la Villette)

Ville d'Yverdon-les-Bains, projet d'organigramme pour « Qualité de vie » dans les quartiers	Radix
PV des séances	<p>Groupe terrain : 8 juin 2011, 1^{er} juin 2011, 30 mars 2011, 16 février 2011, 19 janvier 2011, 22 décembre 2010, 3 novembre 2010, 25 août 2010 (rencontre recherche)</p> <p>Rencontres synthèses : 8 juin 2011, 4 mai 2011, 6 avril 2011, 12 janvier 2011, 1^{er} décembre 2010</p> <p>Groupe consultatif : 15 mars 2011, 23 décembre 2010, 16 novembre 2010, 7 octobre 2010, 17 août 2010 (groupe d'accomp.), 29 avril 2010 (groupe d'accomp.)</p>
Documents concernant les activités PDS	<ul style="list-style-type: none"> - Lettre 'Groupe voitures', mai 2011 - Lettre habitants « ados », mars 2011 - Synthèse des 7 Forums PdS (déc. 2010) - UTSC- <i>Quartiers solidaires</i> Pierre de Savoie- Groupes et activités au 1^{er} mars 2010 - Rapport au conseil communal d'Yverdon-les-Bains concernant une demande de crédit d'investissement de 98'000.- pour l'implantation d'un jardin de Proche dans le quartier PdS - Annonces du 7^{ème} et 8^{ème} Forum PdS - PV rencontre de préparation du 8^{ème} Forum - Bilan du 6^{ème} Forum de PdV - Historique Bonjour-Sourire (mi-avril 2010) - TSC Tour d'horizon des projets en cours (16 mars 2010)
Présentation du 14.04.2008 : « Programme <i>Quartiers solidaires</i> . Axe de développement concerné : maintien à domicile en favorisant les projets communautaires, le développement et la valorisation du potentiel de la personne âgée dans la société. »	Fondation Leenaards
Mesurer la Qualité de vie des personnes âgées vivant dans la communauté : apport de la littérature et pistes de réflexion.	IUMSP (B. Graz / B. Spencer)
SMOC	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion Santé Suisse, 'Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats' - Promotion santé Suisse, 'Guide pour la catégorisation des résultats', (juillet 2005) - www.quint-essenz.ch
Littérature scientifique :	<p>Divers articles concernant les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Environnement physique (urbanisme)
Documentation OMS	<p>Guide mondial des villes-amies des aînés</p> <p>Genève ville amie des aînés</p> <p>Urbanisme et Santé</p>

7.1.2 Texte explicatif sur l'organigramme du projet *Qualité de vie* de la ville d'Yverdon

Définitions des instances dans la politique des processus communautaires « Qualité de vie à Yverdon-les-Bains » :

Dans chaque quartier :

Forum :

Qui ?

- Les Habitant-e-s
- Groupes de quartiers
- Services et partenaires concernés

Quoi ?

- Traitement des thématiques en cours et mise en projet
- Mettre à disposition une espace de dialogue et d'ouverture.

Comment ?

- Une plate-forme de discussion publique régulière.
- Animation participative et festive

Groupe Terrain

Qui ?

- Habitant-e-s, acteur-ric-e-s et associations (bénévoles, volontaires, etc.) **qui portent des projets dans le quartier**
- Professionnel-le-s et acteur-ric-e-s impliqués directement dans le quartier pour le projet Qualité de Vie représentant-e-s des institutions (Sej, Prosen, ...) ayant signé la convention de partenariat/collaboration.
- Représentant-e-s - politiques et institutions - à leur bon vouloir (besoins) et/ou sur invitation.

Quoi ? Comment ?

Le groupe envoie une délégation, des questions ou/et des rapports sur l'activité et la situation du quartier et du projet au groupe de consultation.

Sinon, c'est au groupe de déterminer le « quoi » et le « comment » selon leur expérience., leurs attentes, leurs projets et les besoins de « qualité de vie » dans le quartier..

Par exemple pour la Vilette/Sous-Bois, actuellement la réflexion a posé ceci :

- **Coordonner les actions sur le terrain**
- **Partager sur les besoins, les constats**
- **Permettre aux acteurs de se déterminer quant à leur implication dans qualité de vie**

La communication publique écrite sur le processus nécessite l'accord du groupe stratégique.

Recommandations

- Nommer une animation rotative du groupe tous les 4 mois
- Coordination Pro Senectute

Avec les différents partenaires : Groupe consultatif

Ce nouvel espace s'apparente à celui déjà en place sous le nom groupe d'accompagnement mais se limite désormais aux représentant-e-s des institutions partenaires, actuellement le groupe ville (associations, services de la ville, etc.)

Qui ?

- Municipaux : Nathalie Saugy (affaires sociales et culture) et Jean-Claude Ruchet (Education et Jeunesse)

- Chefs de service et représentants : SAS (Gildo Dall'Aglio), SEJ (Laurent Exquis), URBAT (Charles Truchot), ECOLES (Jean- François Huerst), POLICE (Prem. lieut. Freymond)
- Déléguées, Intégration (Katja Blanc), AG 21 (Marie Kolb)
- Responsables : TSHM (...), Animation socioculturelle (Sylvain Jan) et Pro Senectute (Alain Plattet)
- Institutions partenaires: EVAM (Cécile Ehrensperger), Pro Senectute région N-VD (Christine Logoz), Fabricant de joie (Didier Crelier), ARE (Josianne Maury)
- Consultant, Christian Wilhelm

Quoi ?

- Etre informés de ce qu'il se passe dans les quartiers
- Etre informés de ce qu'il se passe au niveau de la Ville
- Faire le lien entre le groupe stratégique et les groupes de chaque quartier
- Traiter des questions amenées par le quartier pour décider des ressources à mobiliser
- Traiter des questions amenées par la Ville pour décider des ressources à mobiliser

Comment ?

- Fréquence des séances : Toutes les 6 semaines. Permettre aux municipaux et aux membres du groupe consultatif d'être plus souvent présents dans les groupes des quartiers
- Animation et prise de pv

Recommandations

- Nommer un-e coordination par Pro Senectute et une présidence par le municipal du SEJ.
- Lieu de rendez-vous fixe, au Service Education et Jeunesse.

A la municipalité : Groupe stratégique

Qui ?

- Municipal Education et Jeunesse, Jean-Claude Ruchet
- Chef de service Education et Jeunesse SEJ, Laurent Exquis
- Responsable du travail social hors murs du SEJ
- Responsable du travail social communautaire Pro senectute Vaud, Alain Plattet
- Consultant extérieur pour le SEJ, Christian Wilhem
- Invité-e-s ponctuels

Quoi ?

- Mise en œuvre de la politique adoptée par la municipalité relative au projet Qualité de Vie :
 - o Coordonner les moyens
 - o Veiller à la cohérence entre les instances (les 3 groupes et les forums) impliquées dans le projet
- Produire une réflexion globale (évaluation, mise en perspective, communication, recherche,..)

Comment ?

- Auto-détermination du groupe (selon les besoins et attentes des acteurs ?)
- Prise de pv

Au niveau de l'action des professionnels: Espace professionnel

Qui ? Tous les professionnels du SEJ et de Pro Senectute qui interviennent dans le projet.

Quoi ? Coordination et synergies, partage d'expériences, formalisation des pratiques, positionnement, formation.

Comment ? Au SEJ (1x par quinzaine).

Documentation de l'intervention et confrontation à d'autres expériences, modèles (documents, visites, conférences). Production de documents de référence.

7.2 ATELIERS DE DEFINITION DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

7.2.1 Nombre de participants aux ateliers

Description	Nombre de personnes invitées	Nombre de participants
Ateliers d'appropriation de la méthodologie et de définition de l'analyse de la situation		
1. Analyse de la situation	12	4
2. Analyse de la situation	8	6
3. Analyse de la situation	9	7
4. Validation de l'analyse de la situation	9	8
Ateliers de définition d'une théorie d'action		
5. Développement de la théorie d'action	9	8
6. Validation de la théorie d'action	9	6

7.2.2 Participants aux ateliers

Ateliers	Organisation	Fonction	1	2	3	4	5	6
Participants 'stratégique'								
M Jean-Claude Ruchet	Ville d'Yverdon, Education & Jeunesse	Municipal	X			X	X	X
Mme Katja Blanc	Ville d'Yverdon, Affaires soc. et culture	Déléguée à l'intégration	X					
M Alain Plattet ^z	Pro Senectute Vaud	Responsable UTSC ^{aa}	X			X	X	
M Christian Wilhelm	Mandat de coordination	Consultant expert	X			X	X	X
Participants 'terrain'								
M Philippe Schaer ^{bb}	Ville d'Yverdon, Education & Jeunesse	TSHM		X		X	X	
M Antoine Favrod	Pro Senectute Vaud	Animateur de proximité (Pierre de Savoie)		X				
Mme Caroline Piguet	Pro Senectute Vaud	Animatrice de proximité (Villette)		X		X	X	
M Gilbert Stucky	Ville d'Yverdon, Police municipale	Unité de proximité		X				X
Mme Stéphanie Dobler				X				
Participants 'habitants'								
Mme Martha Tschannen					X	X	X	X
M Robert Favre					X			
Mme Mauricette Garcia					X			X
Mme Anne Perey					X		X	X
M Armand Durand					X	X	X	X
Mme Ghislaine Châtelain					X	X		

^z Remplacé par M René Goy lors de l'atelier 1

^{aa} Unité de travail social communautaire

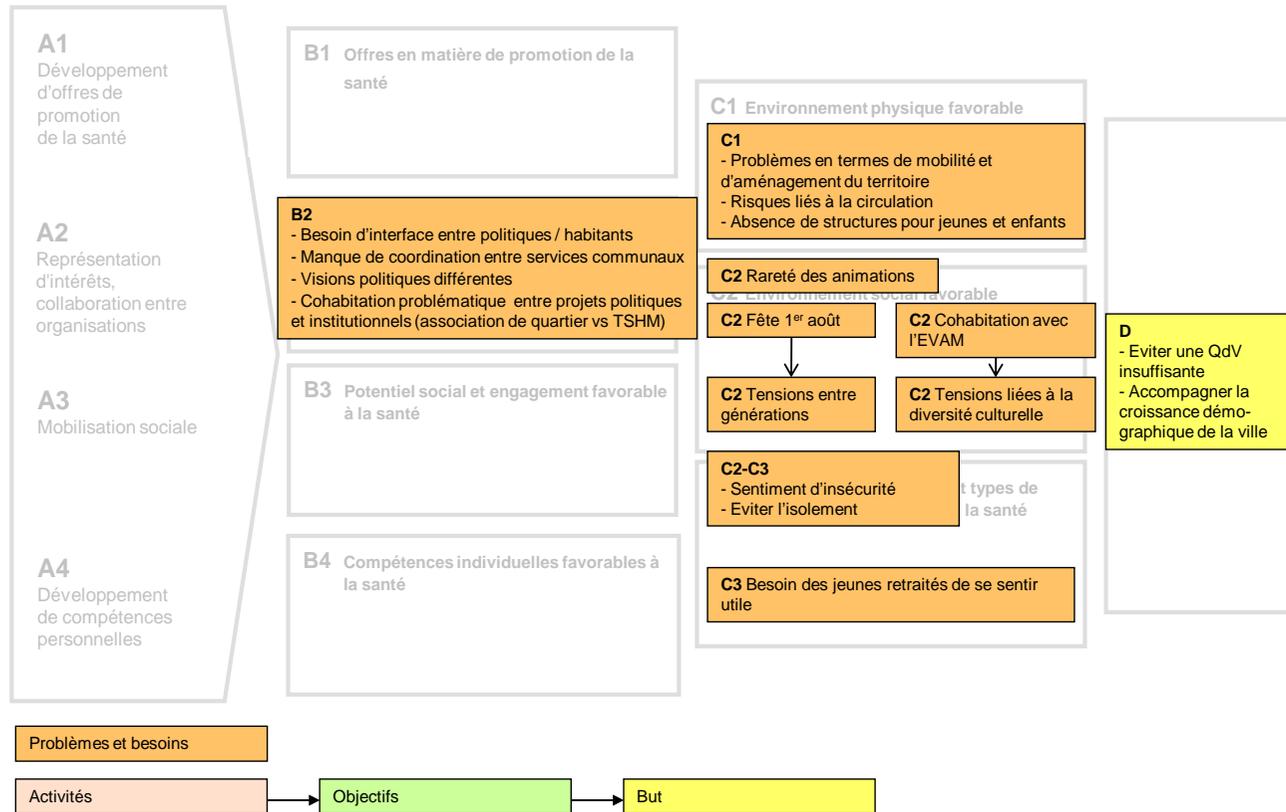
^{bb} Remplacé par M Eric Defferard lors de l'atelier 5

7.2.3 Liste des problèmes et besoins proposés aux ateliers

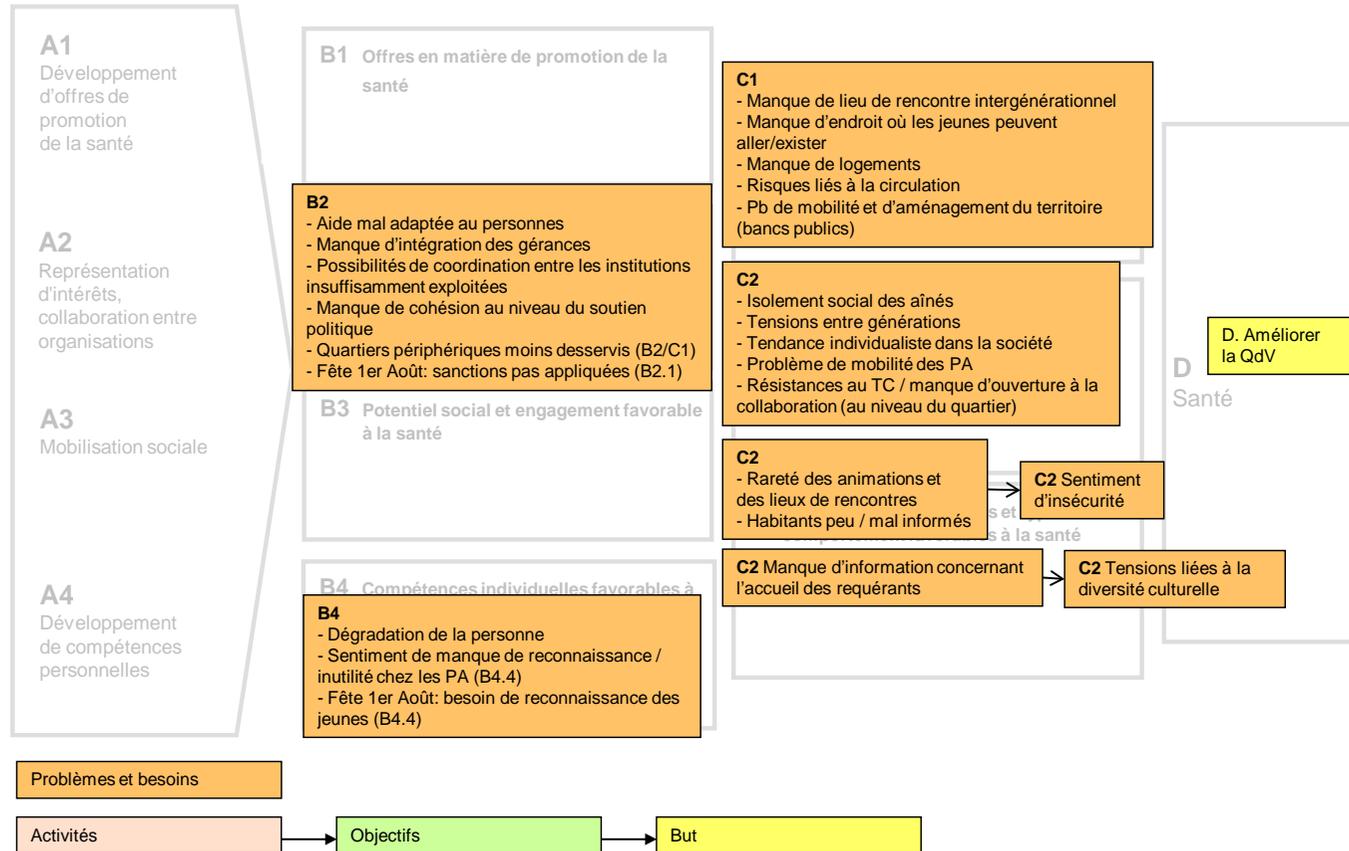
Ces mots-clés figuraient sur les cartes préparées à l'avance.

- Qualité de vie insuffisante
- Isolement social des aînés
- Sentiment d'inutilité chez les personnes âgées
- Tensions entre générations
- Tensions liées à la diversité culturelle
- Cohabitation avec l'EVAM
- Sentiment d'insécurité
- Risques liés à la circulation
- Absence de structures destinées aux jeunes et aux enfants
- Rareté des animations et des lieux de rencontres
- Problèmes en termes de mobilité et d'aménagement du territoire
- Fête du 1er août (2010)

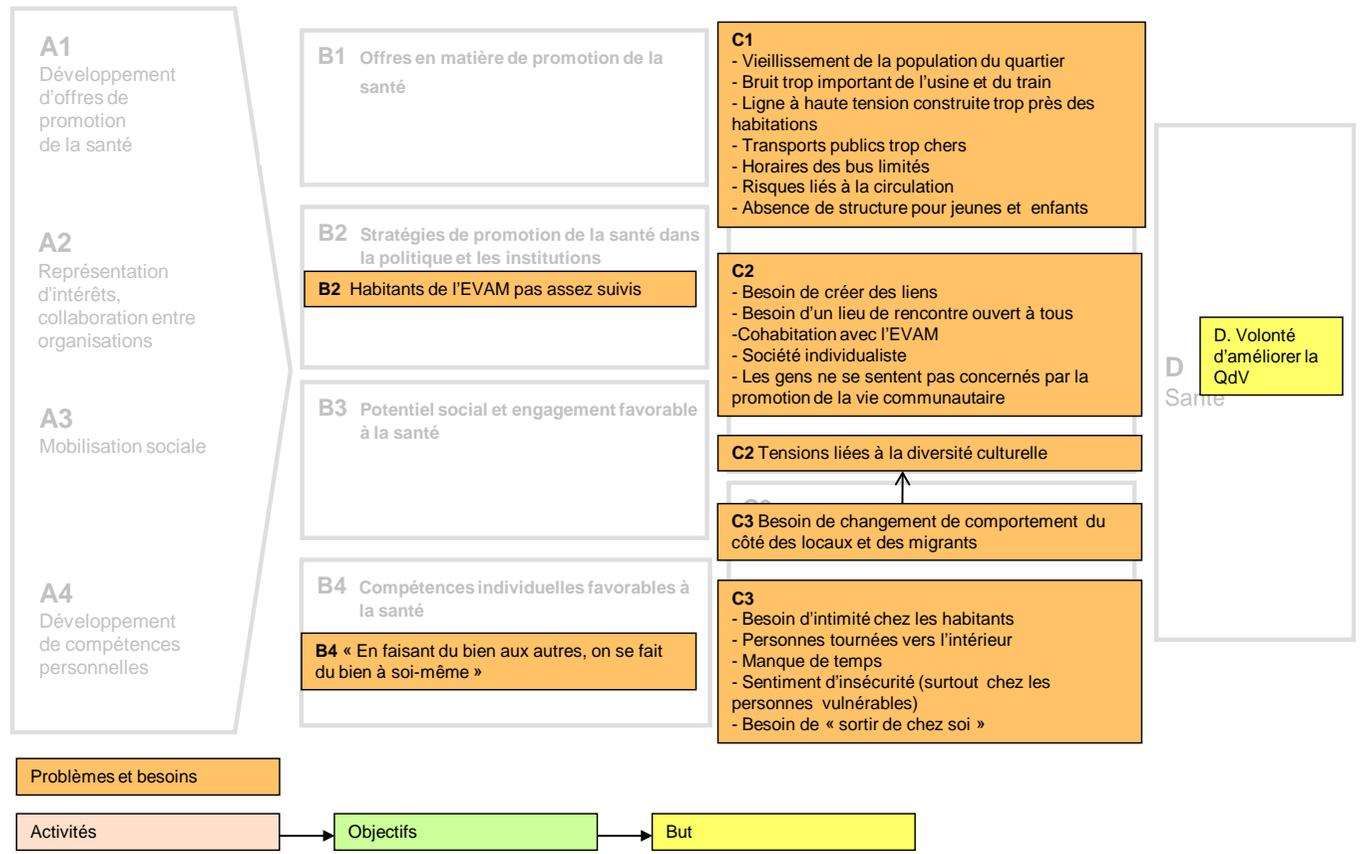
7.2.4 Compte-rendu de l'atelier 'stratégique' (atelier 1)



7.2.5 Compte-rendu de l'atelier 'terrain' (atelier 2)



7.2.6 Compte-rendu de l'atelier 'habitants' (atelier 3)



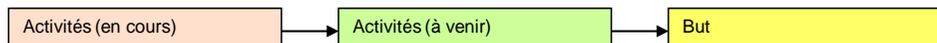
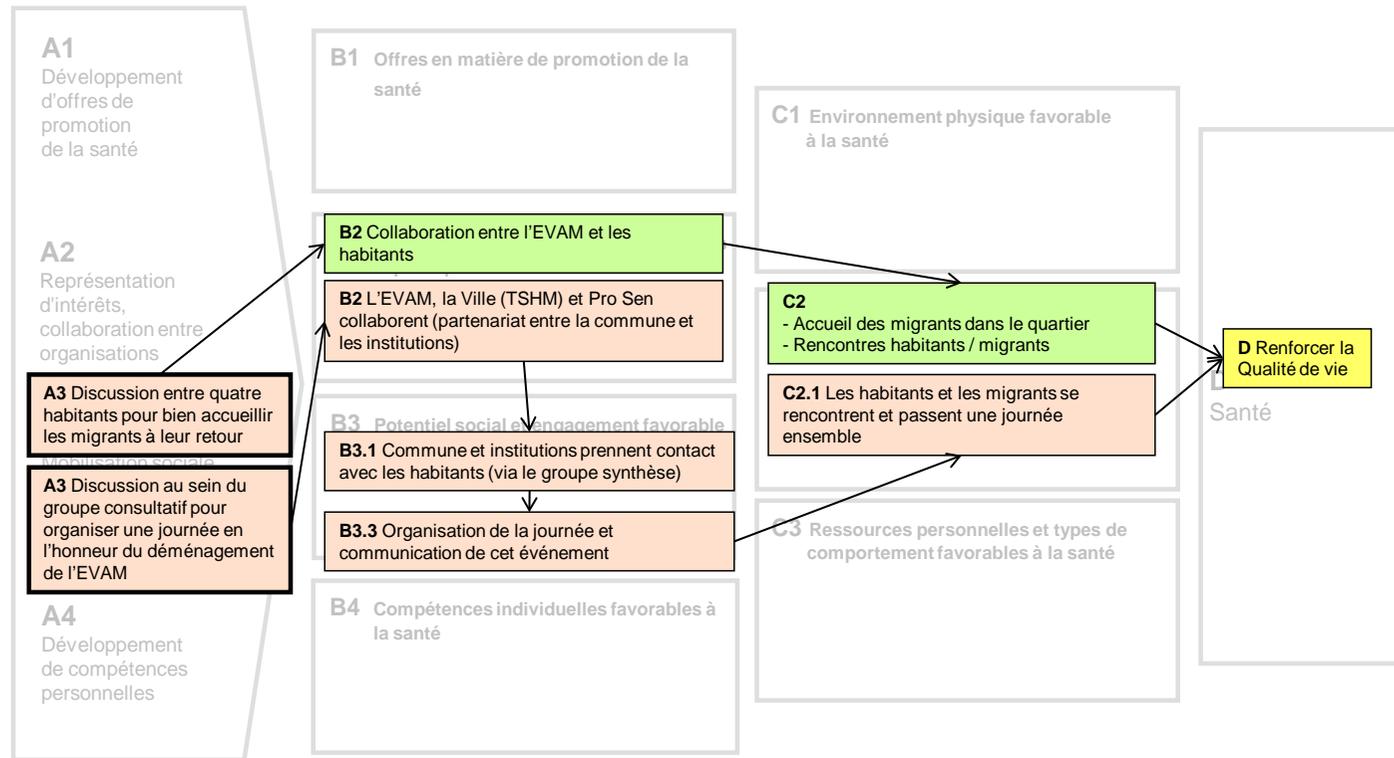
7.3 ATELIERS DE DEFINITION D'UNE THEORIE D'ACTION

7.3.1 Liste des activités proposées aux participants

Ces mots-clés figuraient sur les cartes préparées à l'avance.

- Forum
- Bonjour-Sourire
- Groupe 'Voitures'
- Groupe 'Tonnelle fleurie'
- Loto
- Après-midi jeux
- Excursions
- Mercredis inter-génération
- Accueil Pavisud (6-10 ans)
- Stamm
- Journée organisée en l'honneur du déménagement de l'EVAM
- Brunch 1er Août
- Fête des jeunes
- Entraide de Quartier
- Pétanque

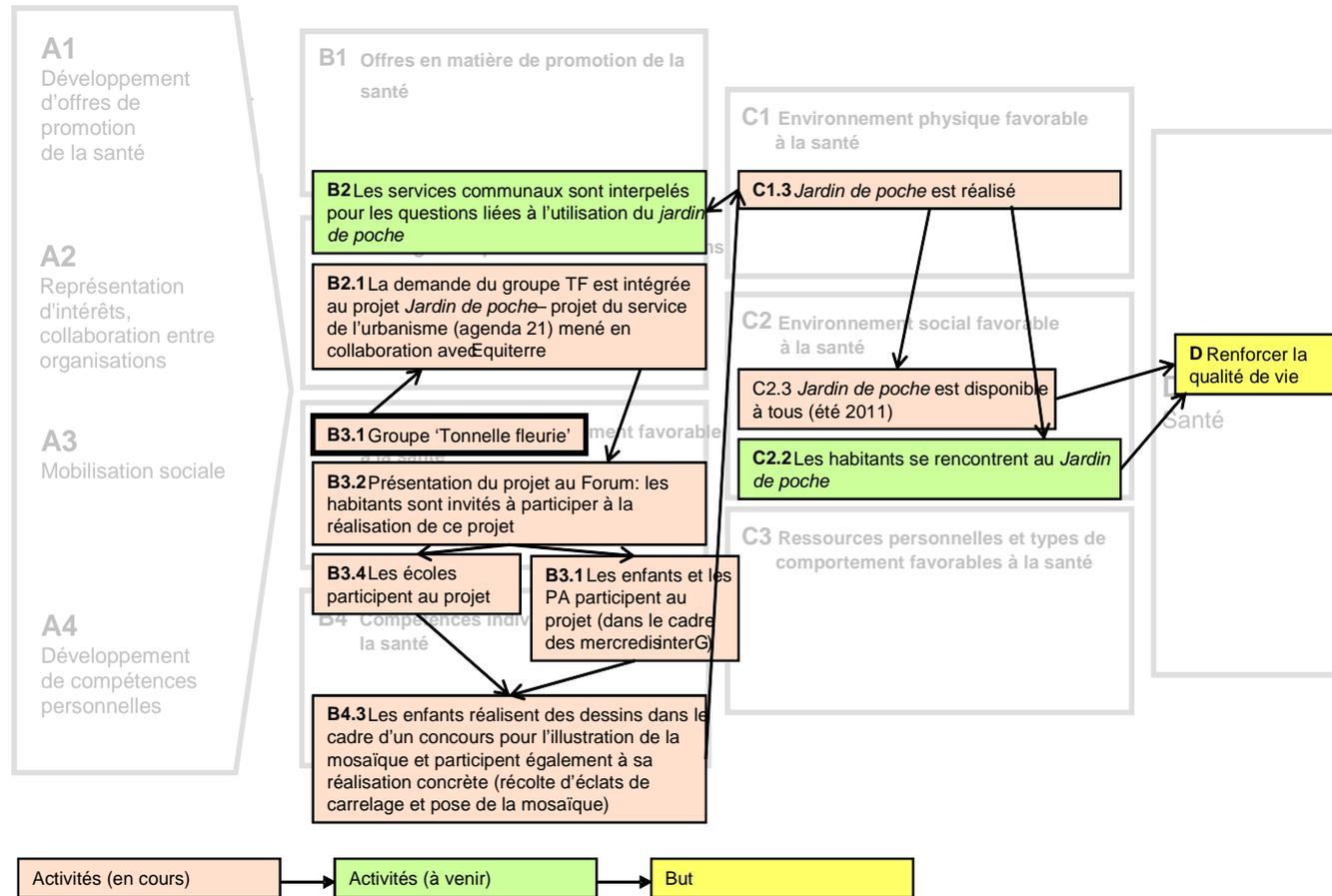
7.3.2 Activités : Intégration des habitants du bâtiment de l'EVAM (atelier 5)



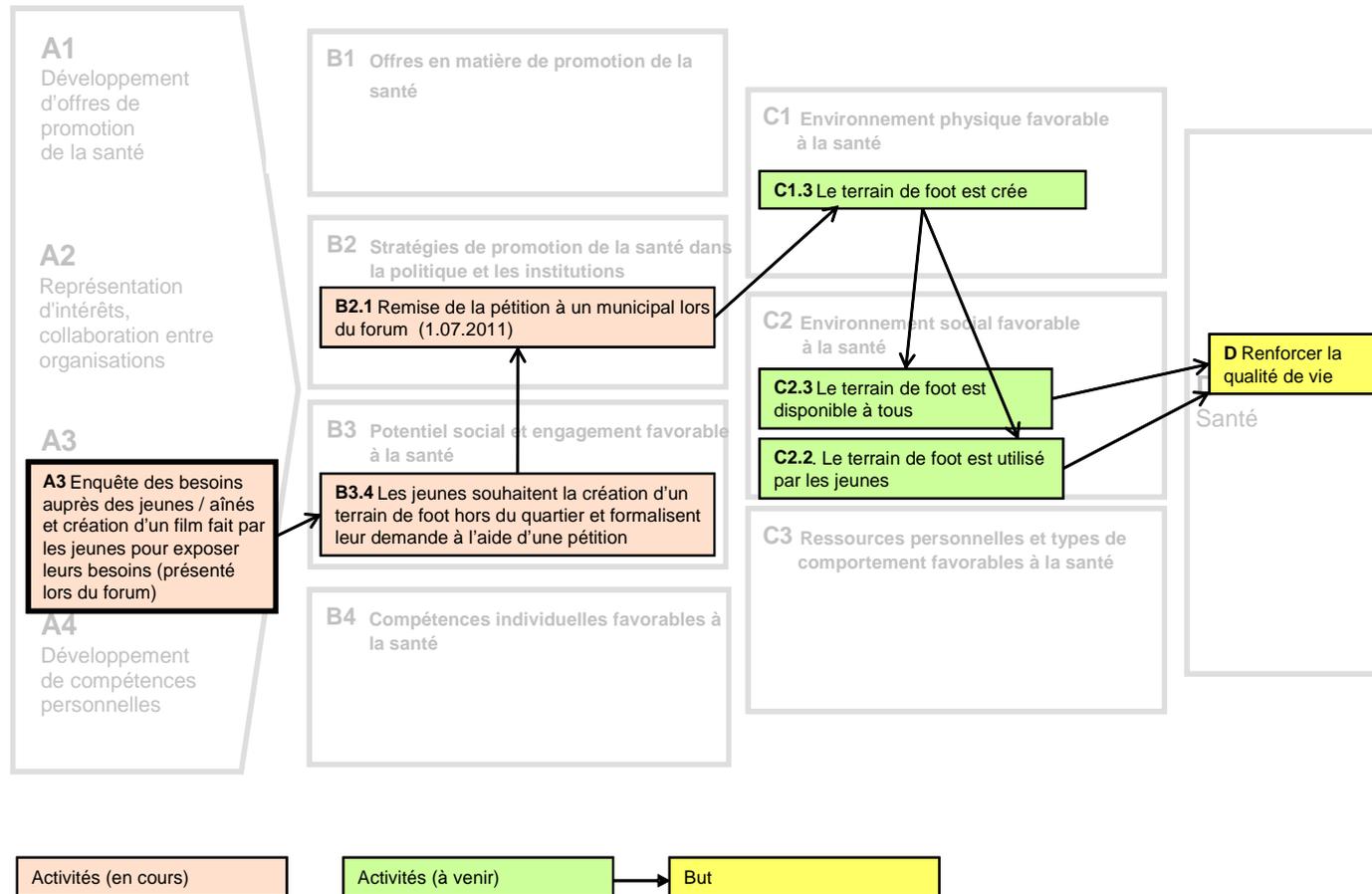
Indications pour l'utilisation :

- Les cases se laissent déplacer, modifier et copier selon vos besoin
- On peut poser des flèches avec la barre d'outils „dessin“.

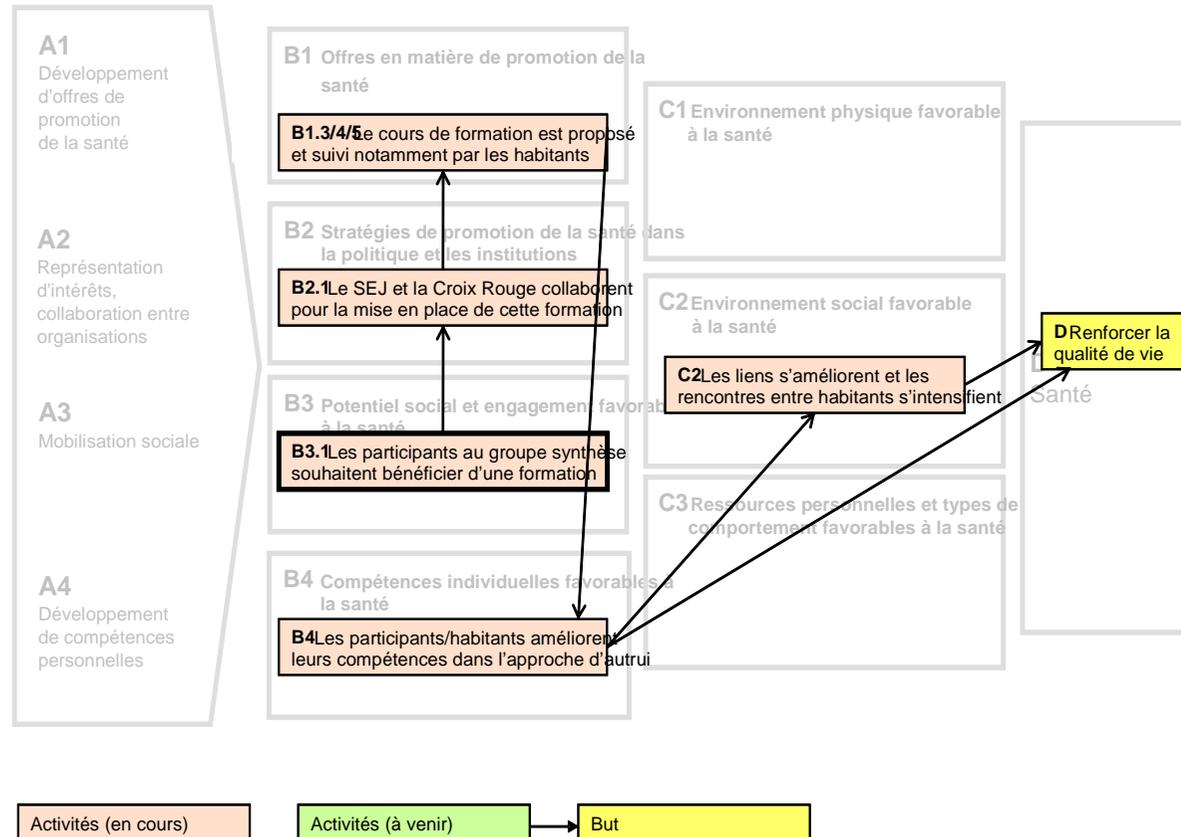
7.3.3 Activités : Tonnelle fleurie/Jardin de poche (atelier 5)



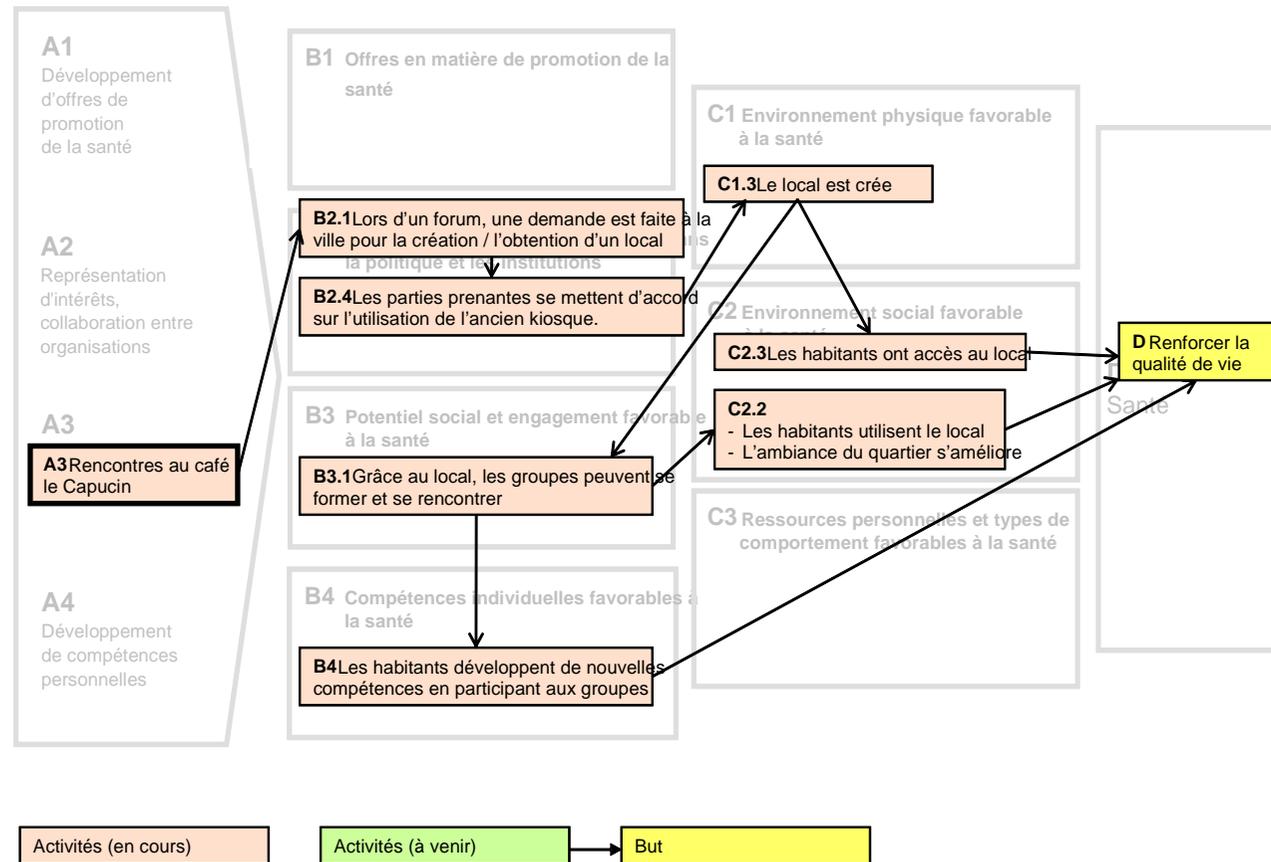
7.3.4 Activités : Pétition des jeunes pour un terrain de foot à la Villette (atelier 5)



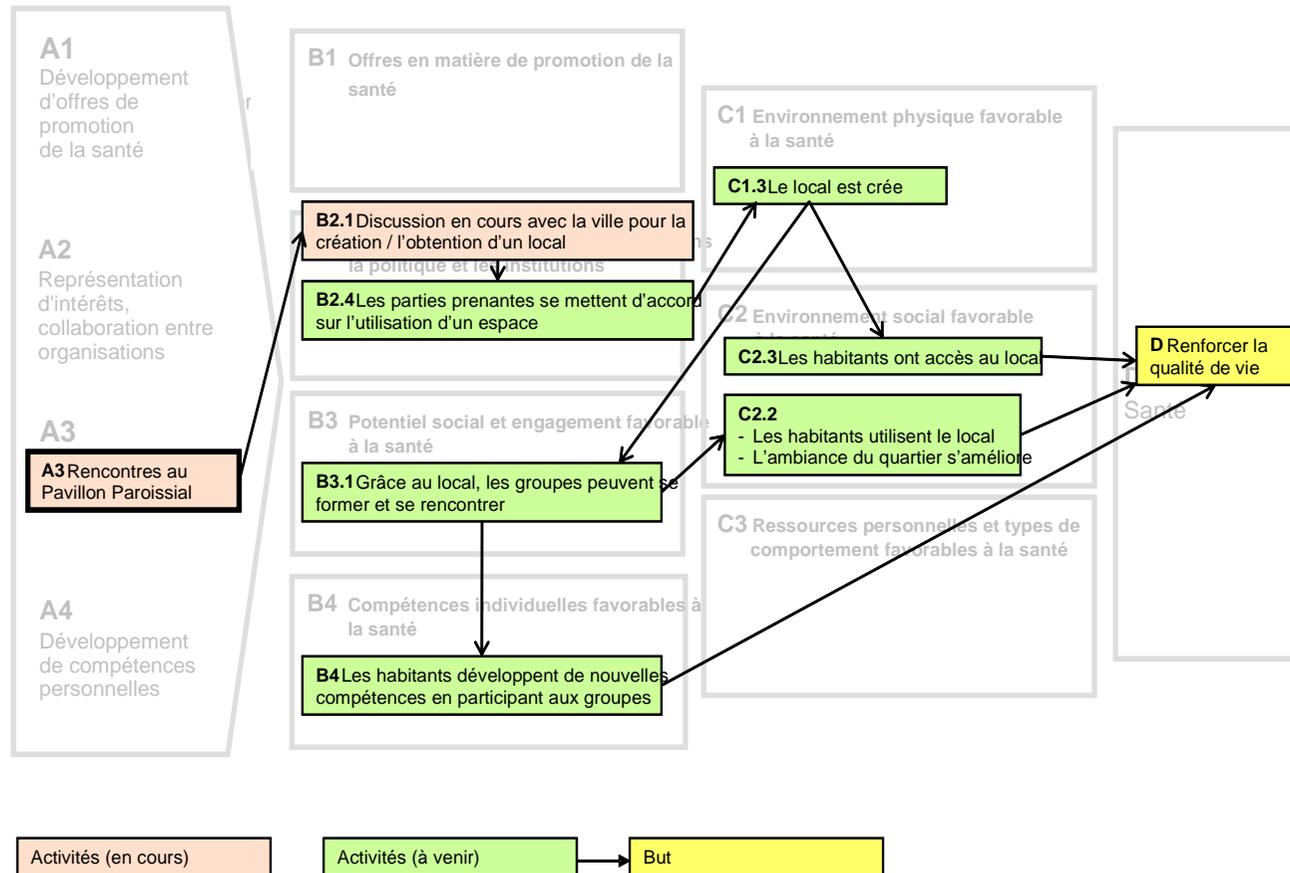
7.3.5 Activités : Formation des personnes-relais (atelier 5)



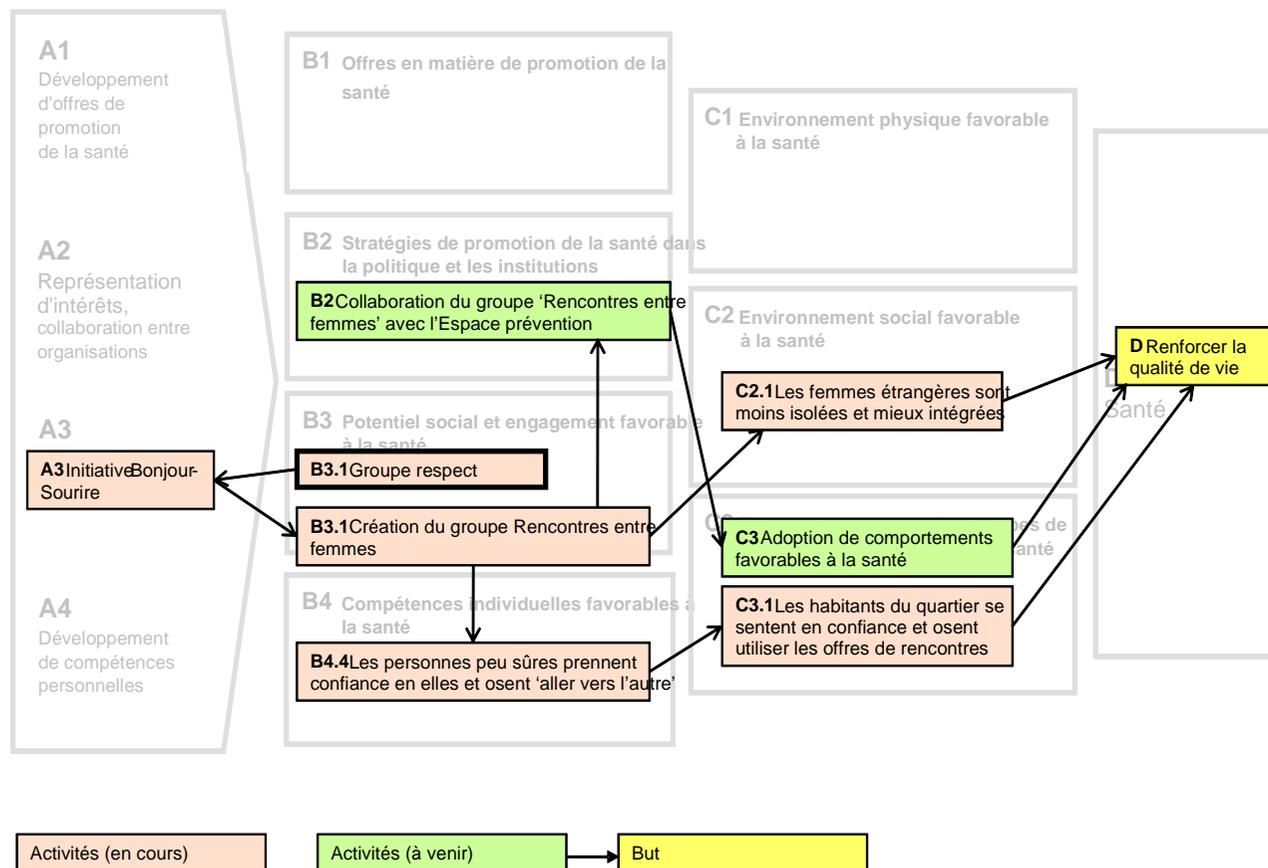
7.3.6 Activités : Mise à disposition d'un local pour les habitants du quartier Pierre de Savoie (atelier 5)



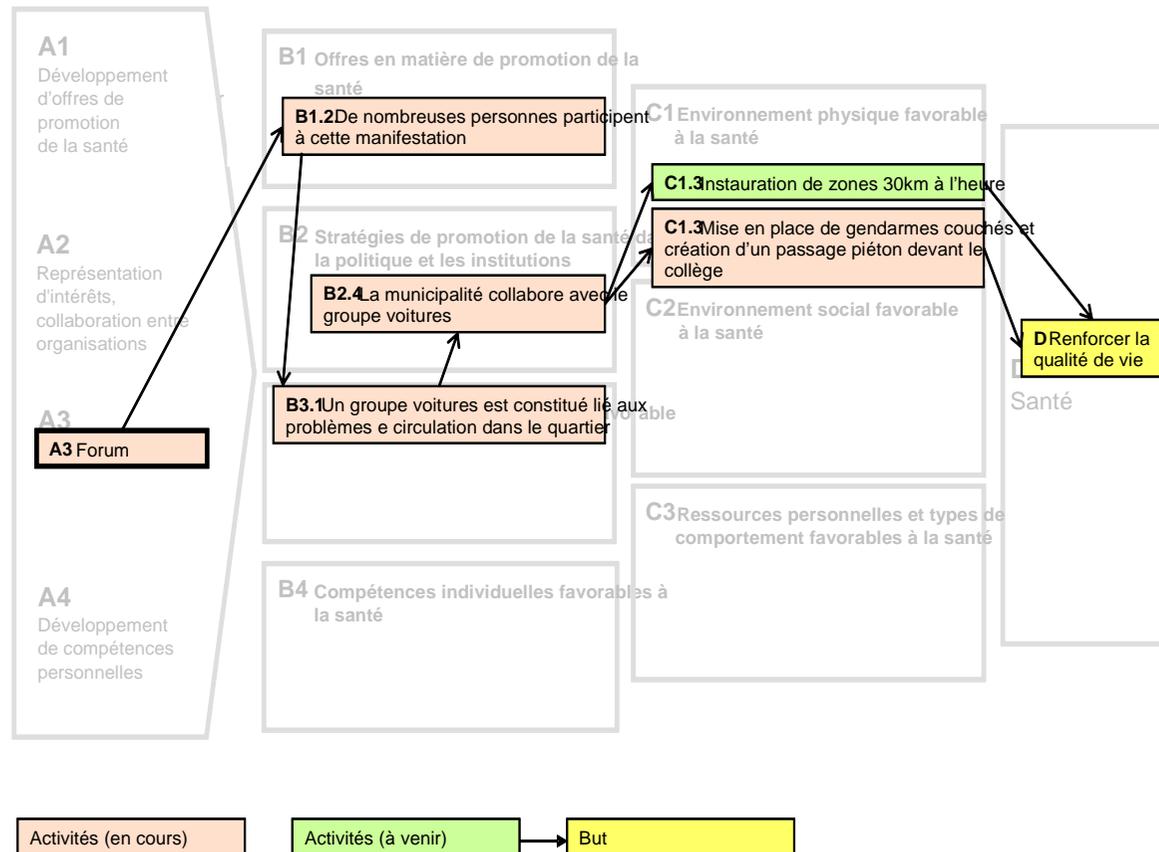
7.3.7 Activités : Mise à disposition d'un local pour les habitants du quartier de la Villette (atelier 5)



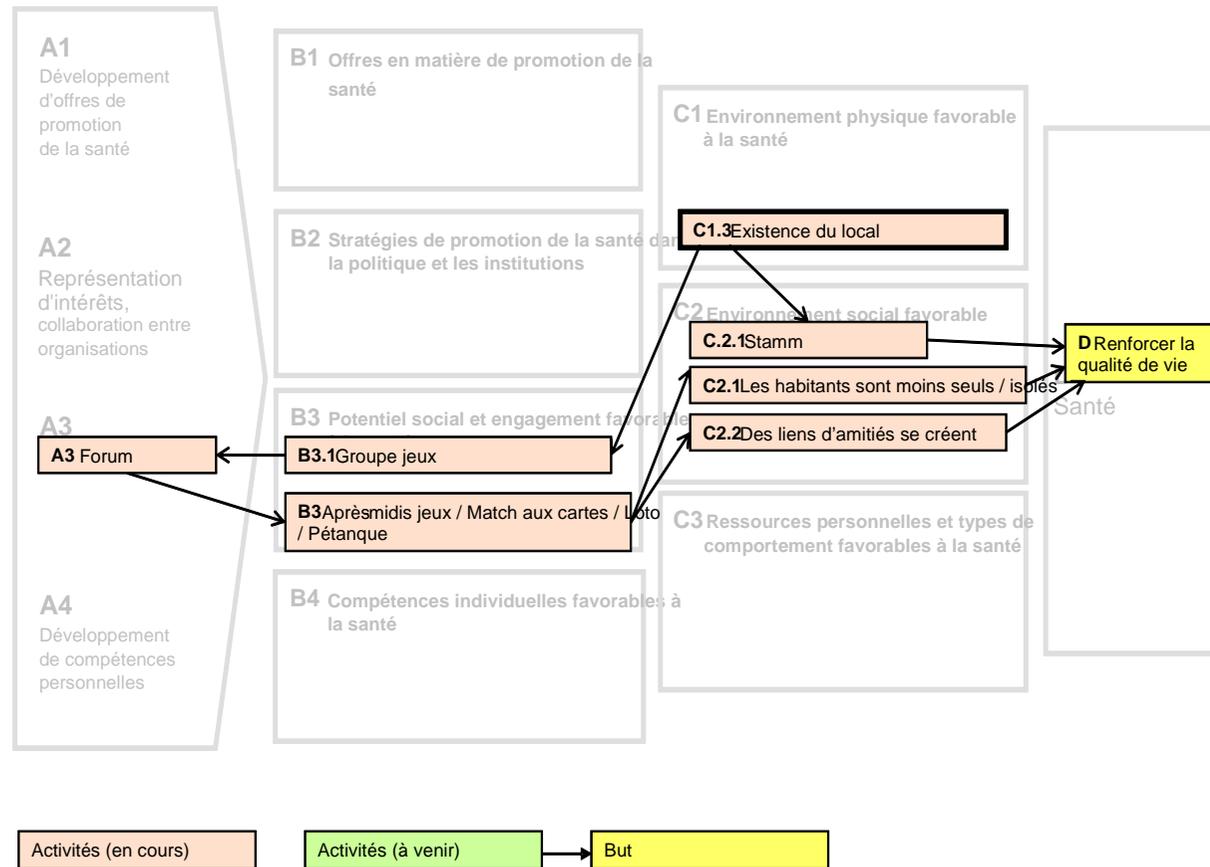
7.3.8 Activités : Initiative Bonjour-Sourire (atelier 5)



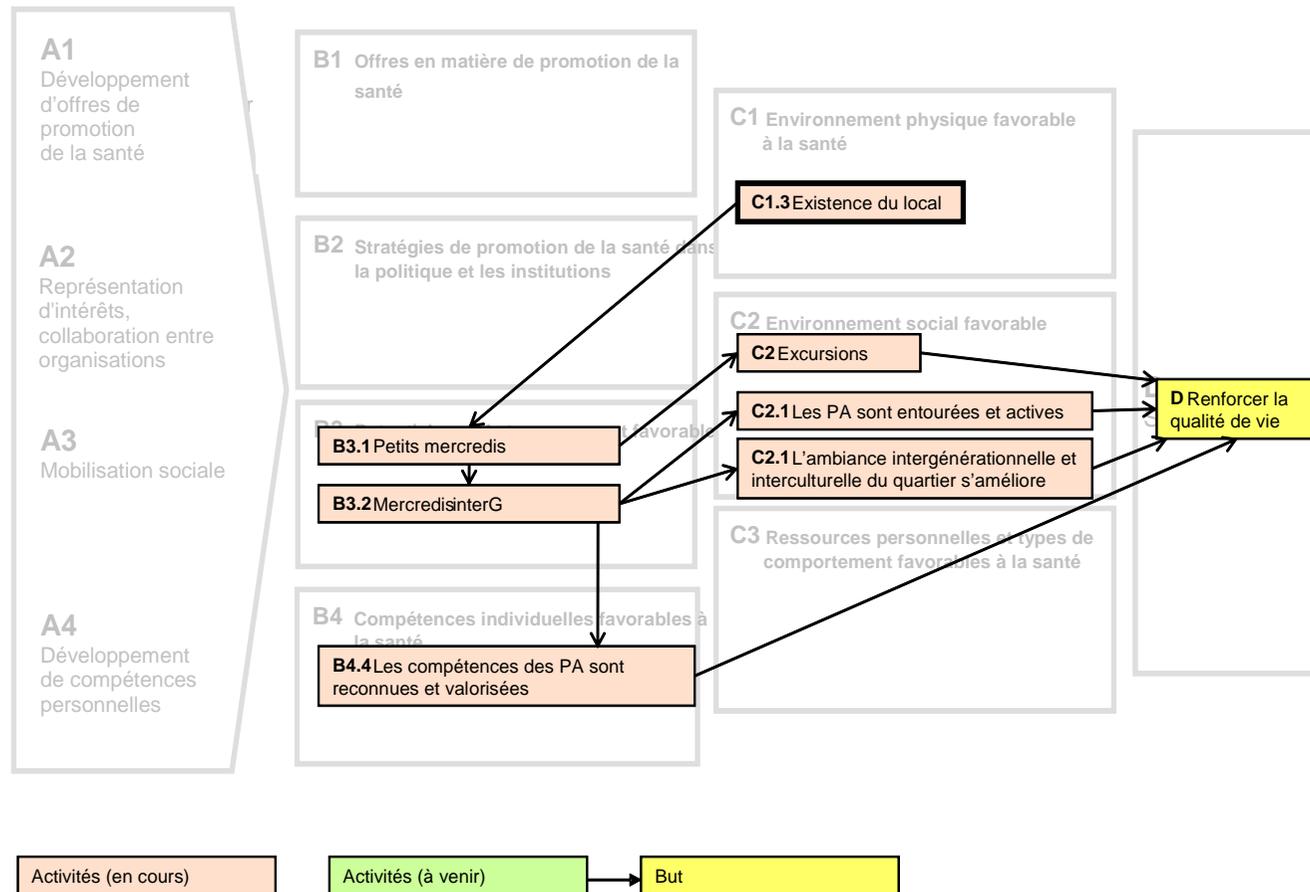
7.3.9 Activités : Groupe Voitures (atelier 5)



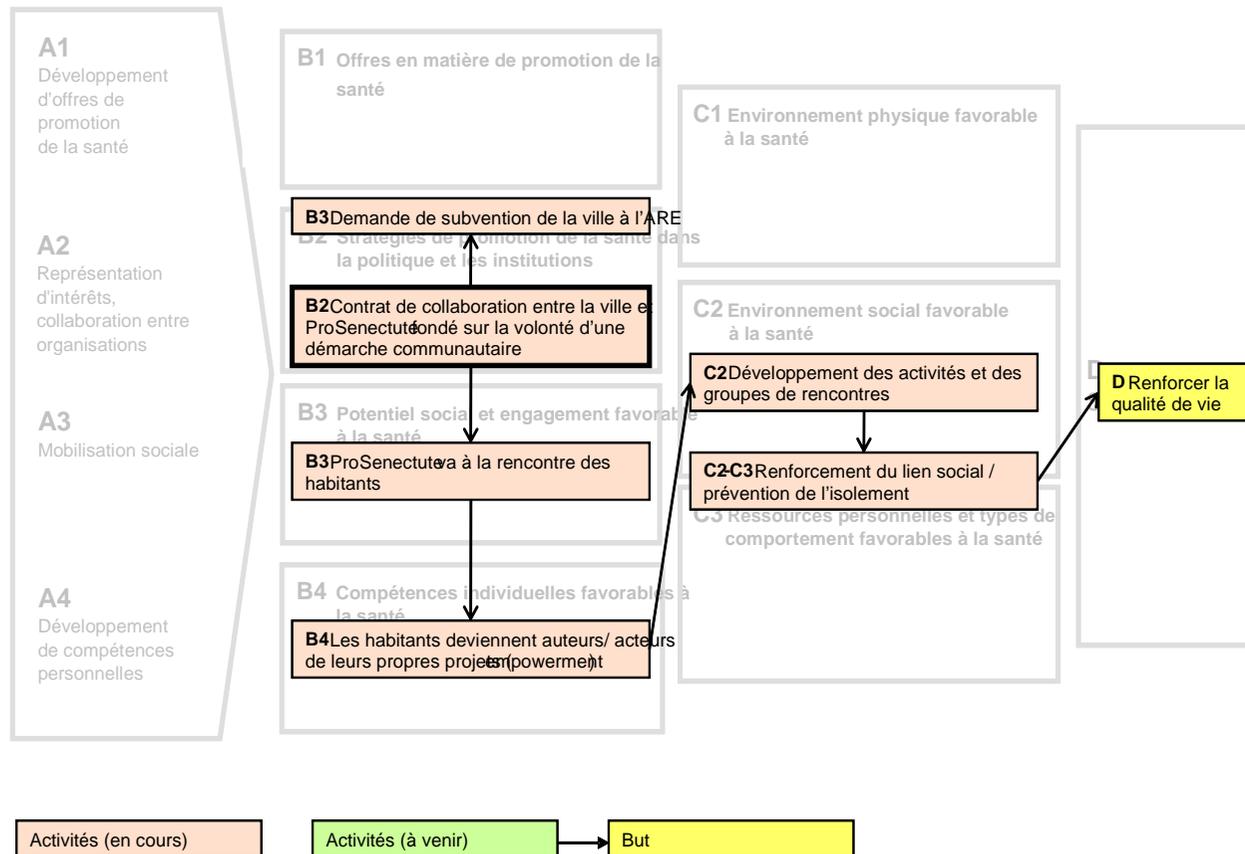
7.3.10 Activités : Groupe jeux et Stamm (atelier 5)



7.3.11 Activités : Petits mercredis et mercredis intergénérationnels (atelier 5)



7.3.12 Activités : Politique communale d'intervention communautaire (atelier 5)



8 BIBLIOGRAPHIE

- 1 Pro Senectute Vaud. Méthodologie Quartiers Solidaires: Pro Senectute Vaud; 2011.
- 2 Genton A, Boggio Y, Cherpit C. Quariters solidaires : Exploration d'un défi communautaire. Rapport de recherche. Lausanne et Genève: Pro Senectute Vaud; Fondation Leenaards; 2008.
- 3 Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta B. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention1. *Health Promot Int.* 2007;23(1):86-97. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/dam038v1>
- 4 Ackermann G, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Cloetta B, Spencer B. Un guide vers la bonne pratique. *Focus.* 2005;24:14-6.
- 5 Cloetta B, Spencer B, Spörri A, Ruckstuhl B, Broesskamp-Stone U, Ackermann G. Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé. *Promotion & Education.* 2005;12(2):32-7.
- 6 Rogers PJ, Hacsı TA, Petrosino A, Huebner TA. Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities. The American Evaluation Association, editor: Jossey-Bass, San Francisco; 2000.
- 7 von Kondratowitz H-J, Tesch-Römer C, Motel-Klingebiel A. La qualité de vie des personnes âgées dans les États-providence européens. *Retraite et société.* 2003;38(1):133-69.
- 8 Abrams MA. Subjective social indications. *Social Trends.* 1973 1973;4:35.
- 9 Andrews FM. Social indicators of perceived life quality. *Soc Indic Res.* 1974;1(3):279-99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00303860>
- 10 Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper; 1954.
- 11 Aristote, Thurot M. La Morale et la Politique. Paris: Firmin Didot; 1823.
- 12 Organisation mondiale de la santé. The first ten years of the World health organization. Geneva: World health organization; 1958.
- 13 Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health.* 1994;23(3):24.
- 14 Evans RL, Dingus CM, Haselkorn JK. Living with a disability: a synthesis and critique of the literature on quality of life, 1985-1989. *Psychol Rep.* 1993 Jun;72(3 Pt 1):771-7.
- 15 Letzelter N. Les études de qualité de vie en ophtalmologie. Laboratoire Chauvin Bausch et Lomb Lyon. 2001.
- 16 Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health-related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep.* 1994 Sep-Oct;109(5):665-72. Available from: <http://pubmedcentralcanada.ca/picrender.cgi?accid=PMC1403555&blobtype=pdf>
- 17 McKenna SP, Doward LC, Niero M, Erdman R. Development of needs-based quality of life instruments. *Value Health.* 2004 Sep-Oct;7 Suppl 1:S17-21.
- 18 Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy.* 1992 Oct;22(3):307-19.
- 19 EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy.* 1990 Dec;16(3):199-208.

- 20 Paschoal SM, Filho WJ, Litvoc J. Development of elderly quality of life index - EQOLI: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. *Clinics* (Sao Paulo, Brazil). 2007 Jun;62(3):279-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v62n3/a12v62n3.pdf>
- 21 Bowling A, Stenner P. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *J Epidemiol Community Health*. 2011 Mar;65(3):273-80.
- 22 Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-old module. *Qual Life Res*. 2005 Dec;14(10):2197-214.
- 23 Wiggins RD, Higgs P, Hyde M, Blane DB. Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Aging and Society*. 2004;24:693-708.
- 24 Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7(3):186-94.
- 25 De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behav Med*. 1998;24(1):17-27.
- 26 Missotten P, Etienne A, Squelard G, De Vos V, Dupuis G, Ylief M. Evaluation de la qualité de vie de personnes âgées: état actuel et utilisation de l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*. 2009;14(3):14-21.
- 27 Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*. 2005 Sep;14(7):1651-68.
- 28 Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SC, Toyoda CY. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009 Mar-Apr;17(2):187-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/08.pdf>
- 29 Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Bula CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2011 Nov;26(11):1345-57.
- 30 Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24(1):49-58.
- 31 Monod SM, Rochat E, Bula CJ, Jobin G, Martin E, Spencer B. The spiritual distress assessment tool: an instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons. *BMC Geriatr*. 2010;10:88.
- 32 Kelley-Gillespie N. An Integrated Conceptual Model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature. *Applied Research in Quality of Life*. 2009 Sep;4(3):259-82.
- 33 Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1447-62.
- 34 Mollenkopf H, Walker A. *Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*. Dordrecht: Springer; 2007.
- 35 Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*. 1995 Nov;41(10):1439-46.
- 36 Compagnone PD, Van MT, Bouisson J. Definition of the quality of life by elderly. *European Review of Applied Psychology-Revue Europeenne De Psychologie Appliquee*. 2007 Sep;57(3):175-82.

- 37 Abelson J, Gauvin FP. Assessing the Impacts of Public Participation: Concepts, Evidence and Policy Implications. Ottawa: Canadian Policy Research Networks; 2006.
- 38 INPES. Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés. La Santé de l'homme janvier-février 2011;n° 411.
- 39 Rosso AL, Auchincloss AH, Michael YL. The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *J Aging Res.* 2011;2011:816106.
- 40 Organisation mondiale de la santé (OMS). Urbanisme et Santé: un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants. Châteaubourg France: Association internationale pour la promotion de la Santé et du Développement Durable; 2004.
- 41 Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Dec;23(12):1213-21.
- 42 Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996 Feb;66(1):20-40.
- 43 Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2006 Oct;26(6):695-718.
- 44 Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness and pathways to disease. *Brain, behavior, and immunity.* 2003 Feb;17 Suppl 1:S98-105.
- 45 Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine.* 2010 Oct;40(2):218-27.
- 46 Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Feb;64(2):234-40.
- 47 Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc.* 2005 Jan;25:41-67.
- 48 Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc.* 2003 Sep;23:647-58.
- 49 Spencer B, Ruckstuhl B. Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées: développement des théories d'action des interventions. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2010.
- 50 Weiss C. Which Links in Which Theories Shall We Evaluate? In: The American Evaluation Association, editor. *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities.* San Francisco: Jossey-Bass; 2000. p. 35-45.
- 51 World Health Organization. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: World Regional Office for Europe; 2006.
- 52 Ramalingam B, Jones H, Reba T, Young J. Exploring the science of complexity: Ideas and implications for development and humanitarian efforts. London: ODI - Overseas Development Institute; 2008.

Lausanne, novembre 2011