

Rapport des ateliers de diagnostic Ville Amie Des Aînés (VADA) Assesse

Janvier et février 2017



*Rapport réalisé dans le cadre du partenariat avec la commune d'Assesse et
le Département Seniors de la DASS «Membre du Réseau mondial OMS des villes
et des communautés amies des aînés»*

1950

1950

1950

1950

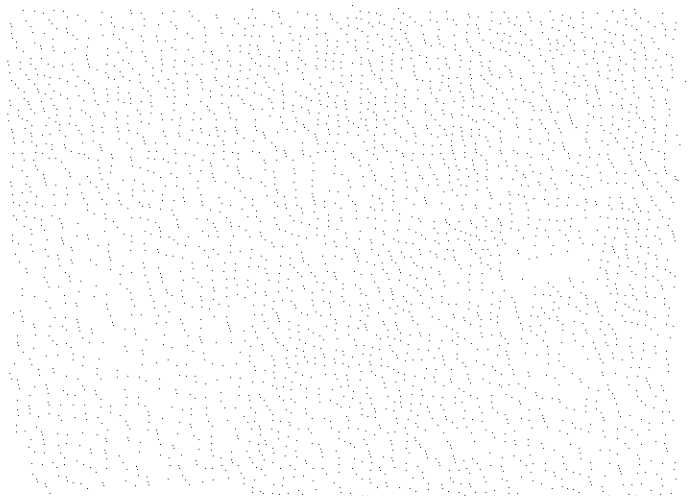
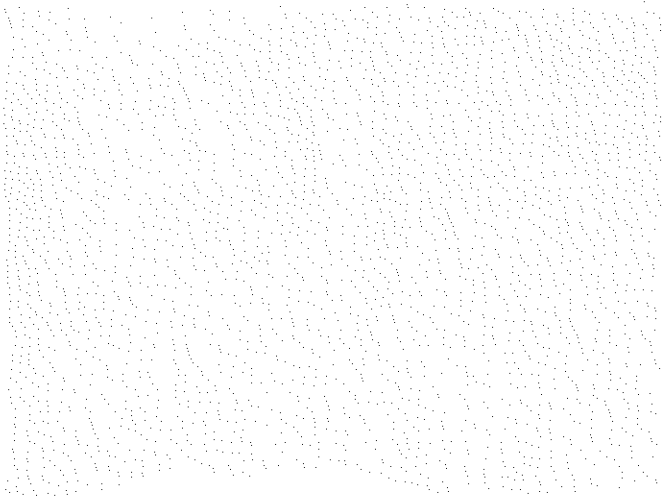


Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	3
1.	Contexte général : quelques indicateurs relatifs à la population et son territoire	3
2.	Descriptif et intérêt de la démarche VADA créée et présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006	4
3.	Contexte institutionnel	6
4.	Méthode de diagnostic.....	6
II.	DIAGNOSTIC.....	8
1.	Avant le diagnostic, le « pré » diagnostic.	8
2.	Choix de la problématique de départ.....	9
3.	L'arbre causal.....	10
4.	Etape suivante : la planification d'interventions	19
5.	En conclusion	21
III.	ANNEXES	23
	LISTE DES PARTICIPANTS.....	23
	LIGNE DU TEMPS.....	24
	ABREVIATIONS	25
	DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE.....	25
	TABLEAUX GLOBAUX DECOMPOSES SELON LES 3 DETERMINANTS MAJEURS.....	26
	COORDONNEES DE REFERENCE.....	27

I. INTRODUCTION

1. Contexte général : quelques indicateurs relatifs à la population et son territoire

Au 1^{er} janvier 2016¹, la commune d'Assesse compte 6917 habitants et présente une faible densité de population avec 88,5 habitants/km². Parmi ceux-ci, 1000 habitants étaient âgés de 65 ans et plus dont 534 femmes et 466 hommes; soit un ratio femmes/hommes de plus de 65 ans de 1.1.

214 habitants sont âgés de 80 ans et plus dont 150 femmes et 64 hommes, soit un ratio femmes/hommes de plus de 80 ans de 2.3.

Par ailleurs, 14,5 % de la population de la commune a plus de 65 ans pour 17,8 % en Wallonie et 3,1% a plus de 80 ans pour 5,2% en Wallonie.

L'indice de vieillissement de la population (le nombre de personnes de 65 ans et plus rapporté au nombre de personnes de moins de 20 ans) est de 0,55 au 01/01/2016 à Assesse contre 0,76 en Wallonie et de 0,76 en Province de Namur, ce qui signifie que la population d'Assesse compte proportionnellement plus de jeunes que la Province de Namur ou la Région wallonne.

L'intensité du vieillissement (le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus rapporté au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus) est de 0.21 à Assesse au 01/01/2016 ; ce qui signifie qu'il y a 21 personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes de 65 ans et plus. Cet indicateur est légèrement plus bas que l'indice de 0,29 en Wallonie et de 0,29 en Province de Namur.

L'espérance de vie d'un homme à la naissance calculée sur 5 ans (2010-2014) est le nombre d'années moyen que vivrait un enfant né entre 2010 et 2014 si rien ne change. Elle est de 80,5 ans pour les hommes à Assesse pour 77 ans en Wallonie et 76,8 ans en Province de Namur.

Quant aux femmes, l'espérance de vie à la naissance calculée sur 5 ans (2010-2014) est de 85,6 ans à Assesse ; elle est de 82 ans en Wallonie et de 81,9 ans en Province de Namur.

Le pourcentage de personnes seules parmi les ménages de 65 ans et plus est de 9,5 % (12,9 % en Province de Namur et 13,1% en Wallonie).

La part des ménages de type « hommes isolés » de 65 ans et plus est de 2,9 % à Assesse, elle est de 3,7 % en Province de Namur et en Wallonie. Chez les femmes, ces proportions sont de 6,6 % à Assesse pour 9,4 % en Wallonie et 9,2 % en Province de Namur. Chez les personnes de 65 ans et plus qui vivent seules, on compte donc 2,2 femmes pour un homme.

¹ Les chiffres présentés dans ce chapitre sont issus du portail d'informations statistiques locales WALSTAT développé par l'Institut Wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), du SPF économie et du Tableau de bord de la santé de la Province de Namur 2016. Il s'agit des chiffres disponibles les plus récents au moment de la rédaction du rapport.

En conclusion, les indicateurs relatifs au vieillissement (indice et intensité du vieillissement) à Assesse sont légèrement plus bas que ceux de la Province de Namur et de la Wallonie et l'espérance de vie est plus haute pour les femmes comme pour les hommes. On peut aussi remarquer que la population d'Assesse compte proportionnellement plus de jeunes que celle de la Province ou de la Région et que le pourcentage de ménages isolés de 65 ans y est moindre.

2. Descriptif et intérêt de la démarche VADA créée et présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006

Face à l'augmentation importante du nombre de personnes âgées et très âgées, liée entre autre à l'allongement de la durée de la vie et à l'arrivée des générations du « Baby boom » d'après-guerre dans ces tranches d'âge (la génération 1947 marque le début du phénomène), non seulement les responsables politiques et les acteurs de santé se sont mobilisés mais aussi les acteurs du secteur marchand.

De plus en plus de villes et de communautés dans le monde s'efforcent de mieux répondre aux besoins de leurs résidents âgés ou qui deviennent âgés. En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rassemblé 33 villes de 22 pays autour d'un projet visant à déterminer les éléments clés de l'environnement urbain qui favorisent un vieillissement actif et en bonne santé. Ce travail a abouti à la publication du Guide mondial des villes-amies des aînés (VADA)² qui comporte un ensemble de feuilles de route permettant d'évaluer dans quelle mesure une ville offre un environnement favorable aux aînés. Un aspect essentiel de cette approche a consisté à inclure les personnes âgées en tant que participants actifs du processus.

Le **Réseau mondial** OMS des villes et des communautés amies des aînés a ainsi été mis sur pied dans le but de favoriser l'échange de données d'expérience et l'enseignement mutuel entre les villes et les communautés du monde entier. Toute ville ou communauté qui s'engage à créer un environnement urbain participatif et accessible pour sa population âgée est invitée à s'affilier au Réseau.

Les villes et les communautés du Réseau sont de tailles différentes et situées dans différentes parties du monde. Les efforts qu'elles déploient pour améliorer leur convivialité se déroulent dans des contextes culturels et socio-économiques très divers. Ce que tous les membres du Réseau ont en commun, c'est **la volonté et la vocation de créer un environnement urbain, matériel et social susceptible de promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et une bonne qualité de vie pour les personnes âgées.**

Une ville/commune VADA encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés pour améliorer leur qualité de vie.

Elle adapte ses structures et ses services afin que les personnes âgées, aux capacités et besoins divers, puissent y accéder et y avoir leur place.

² guide VADA : http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/fr/

Elle applique le processus « Vieillir en restant actif » défini par l'Organisation des Nations Unies (ONU)³.

Huit thématiques sont abordées dans la démarche :



1. Habitat
2. Participation au tissu social
3. Respect et inclusion sociale
4. Participation citoyenne et emploi
5. Communication et information
6. Soutien communautaire et services de santé
7. Espaces extérieurs et bâtiments
8. Transports

Elle comprend aussi sept étapes-clés :

- ✓ L'adhésion des élus
- ✓ La création d'un comité de pilotage local
- ✓ Le diagnostic
- ✓ L'élaboration du plan d'actions
- ✓ La mise en œuvre
- ✓ La communication à toutes les étapes de la démarche VADA
- ✓ L'évaluation

Un guide pratique « Ville amie des aînés » à destination des communes a été réalisé par la Province de Namur en 2016. Il présente de manière détaillée la démarche.

La démarche se base sur le développement d'un réseau de villes et communautés reconnues officiellement par l'OMS, qui s'engagent à développer des actions pour favoriser la qualité de vie de leurs aînés et peuvent avoir entre elles des échanges et interactions afin d'améliorer leurs pratiques.

La Province de Namur a été officiellement reconnue membre du Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés en mai 2017.

³ http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/

3. Contexte institutionnel

Dans le cadre de sa déclaration de politique provinciale 2012 – 2018, le conseil provincial de la Province de Namur a voulu confirmer l'engagement pris sous la précédente législature de renforcer l'action provinciale en synergie avec ses partenaires privilégiés que sont les communes du territoire.

Au cours de cette période, les 38 communes namuroises ont eu l'occasion une nouvelle fois de proposer des partenariats à la Province de Namur afin de développer des projets qu'elles n'auraient pu mener à bien sans ce soutien. Une opportunité qui leur est réitérée en 2017, dans une troisième phase de partenariats entre la Province et ses communes.

L'une des fiches⁴ du catalogue des offres du 2^{ème} partenariat Province-Communes 2014-2016 a été élaborée sur base de la démarche VADA développée par l'OMS.

Cette fiche projet répond aux objectifs des directeurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales et Sanitaires visant à stimuler des programmes d'actions intergénérationnelles et à encourager le mieux vivre ensemble à l'échelle locale.

Parmi les 9 communes ayant souhaité adhérer à la démarche, Andenne, Assesse, Namur et Sambreville ont participé de bout en bout à la première phase de planification qui visait à établir un diagnostic participatif. Celle-ci a été réalisée entre septembre 2016 et juin 2017.

Le troisième partenariat 2017-2019 permet la poursuite de la démarche de planification pour les communes qui sont entrées dans le processus et à de nouvelles communes d'adhérer à la démarche.

4. Méthode de diagnostic

La méthode utilisée est celle du « Comprehensive Participatory Planning and Evaluation (CPPE) » ou en français la planification et évaluation globale et participative⁵.

Cette méthode se base sur l'approche causale, méthode diagnostique proche de ce que d'autres ont appelé le cadre logique ou la planification par objectifs sur base de l'élaboration d'un arbre à problèmes. La méthode a été publiée par l'OMS en 1988 dans le cadre d'interventions nutritionnelles⁶. Cette méthode permet d'organiser et de structurer un diagnostic participatif : l'idée de base est qu'en rassemblant l'ensemble des parties prenantes d'une problématique bien définie au départ, le croisement des regards selon un mode très structuré et bien accompagné (le rôle de l'animateur est majeur) permet d'énoncer rapidement les principales hypothèses qui expliquent localement la situation observée. D'autres méthodes plus classiques permettent ensuite de valider

⁴ Fiche 30. Catalogue d'actions proposé à toutes les communes de la province dans le cadre du « Plan stratégique et opérationnel –Contrat d'Avenir Provincial 2014-2016» dans une démarche de supra communalité

⁵ Lefèvre, P.; Kolsteren, P.; De Wael, M. P.; Byekwaso, F.; Beghin, I Comprehensive participatory planning and evaluation (CPPE). ,IFAD, Roma 2001

⁶ Beghin I., Cap, M and Dujardin B; A guide to nutritional assessment, WHO, Geneva 1988

ces hypothèses. La méthode sera d'autant plus efficace que les personnes actives sur le terrain sont impliquées. Elle ne peut fonctionner valablement qu'avec la participation de personnes concernées (public-cible, bénéficiaires, etc.) et de personnes directement en contact avec les bénéficiaires (travailleurs de terrain).

D'autres outils complémentaires ont été développés afin de couvrir l'ensemble des phases de la mise en œuvre de projets : identification d'action pertinentes, priorisation et choix, modèle « Hippopoc » (pour « inputs, process, outputs et outcomes » ou « intrants, processus, résultats, effets et impact ») pour le monitoring (la veille, le suivi), le rapportage et l'évaluation. Ces outils pourront être utilisés dans la phase de mise en œuvre des projets VADA mais ne sont pas inclus dans ce rapport centré sur la phase de diagnostic.

En pratique, la première étape du diagnostic consiste à mener trois ateliers d'analyse causale d'une demi-journée chacun. Le groupe de diagnostic comporte idéalement 10 à 15 participants (minimum 6 personnes). Ceux-ci pourront ou non faire partie du comité de pilotage (COFIL) VADA par la suite (comité qui encadre et accompagne la mise en œuvre des actions au niveau de la commune). Le COFIL pourra en effet comporter des personnes en plus ou en moins par rapport au groupe de diagnostic mais ce dernier comportera toujours des personnes appartenant au groupe-cible.

L'une des conditions de succès de la méthode est de réunir les participants (administratifs, associatifs ou citoyens impliqués au niveau communal et local), afin qu'ils échangent sur un problème précis lié au vieillissement dans le respect de chacun. Dans le cas de la commune d'Assesse, divers représentants de la commune et du conseil consultatif des aînés ont contribué de manière très participative et conviviale à l'élaboration du diagnostic ; la présence d'un représentant de la Fondation rurale de Wallonie (FRW) pendant cette phase diagnostique a été un atout. En effet, la fondation accompagne la commune dans le cadre de l'opération de développement rural (ODR) et dispose d'une vision synoptique du développement communal (compilation d'indicateurs et informations qualitatives). Elle peut également relater les initiatives d'autres communes dans le cadre du développement rural.

Le produit « final » présenté dans ce document résulte du travail d'un groupe à un temps déterminé. Il s'agit d'un modèle qui illustre une partie de la réalité, qui approche cette réalité communale de manière collective, en émettant des hypothèses. Ce modèle pourra évoluer si nécessaire par la suite, en fonction des étapes du projet, de nouvelles connaissances, de changements dans le contexte.

L'atelier 1 consiste à construire un arbre causal au départ d'une question précise liée au vieillissement et déterminée par le groupe de diagnostic (ou dans d'autres cas par le COFIL si celui-ci est déjà constitué). Celui-ci peut également choisir une entité géographique (un quartier, par exemple) et une tranche d'âge particulière (les personnes âgées de plus de 65 ans). Il n'est en effet pas possible d'établir un diagnostic général de la question du vieillissement.

En dessous de la case de départ (la question ou problématique identifiée), le groupe identifie les causes directes et les facteurs qui influencent les causes⁷ ou ses composantes⁸. Ensuite, chaque composante identifiée est à nouveau divisée selon les mêmes principes. Le résultat obtenu est donc un ensemble d'hypothèses causales organisées graphiquement sous la forme d'un arbre des causes.

⁷ Il s'agit alors d'un produit logique

⁸ Il s'agit alors d'une somme logique

Chaque lien entre deux cases est une hypothèse. L'ensemble des chaînes causales permettra de définir plus tard des faisceaux d'évidences convergentes qui pourront contribuer à l'évaluation de l'impact d'un projet dans des matières où les déterminants sont nombreux et interagissent, ce qui rend la mesure de l'impact difficile. C'est le cas par exemple en promotion de la santé. La méthode utilisée permet justement de prendre en compte la multifactorialité des comportements de santé par exemple. Des règles de construction du modèle relativement simples sont rapidement comprises et appropriées par tous les participants, quel que soit leur niveau d'instruction. Le sentiment de participer à une construction collective d'un savoir est très motivant pour les participants qui peuvent tous contribuer au processus. Le rôle de l'animateur consiste à distribuer la parole, reformuler pour être sûr que chaque idée est comprise de la même manière par tous les participants, organiser les idées de manière logique, insuffler le respect de chacun dans le processus. Il pourra s'aider d'outils comme par exemple la visualisation mobile (par exemple avec des « post it » repositionnables).

L'atelier 2 consiste à valider le modèle réalisé en atelier 1 dans un premier temps et à le compléter de nouvelles propositions. Ensuite, les interventions, activités, projets existants susceptibles d'agir sur les causes sont identifiés, ainsi que les améliorations qu'il serait imaginable de leur apporter pour que leur impact sur le problème à résoudre soit plus grand.

L'atelier 3 consiste à identifier les interventions/actions/projets possibles et/ou souhaitables, les nouveaux ou les modifications des actions existantes. Au cours de cet atelier, les critères souhaités pour les interventions sont établis et ils sont classés par ordre d'importance. Par exemple : la durabilité ou la faisabilité des interventions, la participation des bénéficiaires, le coût, etc. Une fois hiérarchisés, ces critères permettront des comparaisons objectivées des interventions envisagées. Ces critères pourront également être utilisés pour le monitoring et l'évaluation afin de répondre à la deuxième question de l'évaluation (les trois questions de base de toute évaluation étant « ai-je atteint mes objectifs ? Ai-je travaillé de la manière souhaitée ? (par exemple ai-je respecté les délais ?), ai-je correctement dépensé/investi les moyens ?). Le classement des critères est évidemment une étape cruciale et on imagine facilement que les intérêts des uns et des autres peuvent être différents : par exemple, visibilité et coût peuvent être difficiles à concilier, sauf si on fait quelques aménagements.

Le présent document est le rapport du diagnostic réalisé pour la commune d'Assesse.

II. DIAGNOSTIC

1. Avant le diagnostic, le « pré » diagnostic.

Pour soutenir l'organisation d'ateliers de diagnostic, l'ASPASC⁹ (Direction de la Santé Publique (DSP)- Direction des Affaires Sociales et Sanitaires (DASS) – Cellule Observation) de la Province de Namur a mis sur pied un pool d'agents techniquement formés renforcé par quelques collaborateurs du Centre Local de Promotion de la Santé de Namur (CLPS). Le staff mis à disposition comportait une coordonnatrice, des animateurs et des rapporteurs.

⁹ Administration de la Santé Publique, de l'Action Sociale et Culturelle de la Province de Namur : ASPASC

Afin de pouvoir mener les ateliers participatifs en croisant un maximum de regards, le comité de pilotage ou la personne référente au niveau communal a établi la liste des invités au diagnostic avec l'aide d'un agent provincial: les représentants de structures publiques, politiques ou associatives locales dont la mission s'adresse en partie ou totalement aux aînés de la commune.

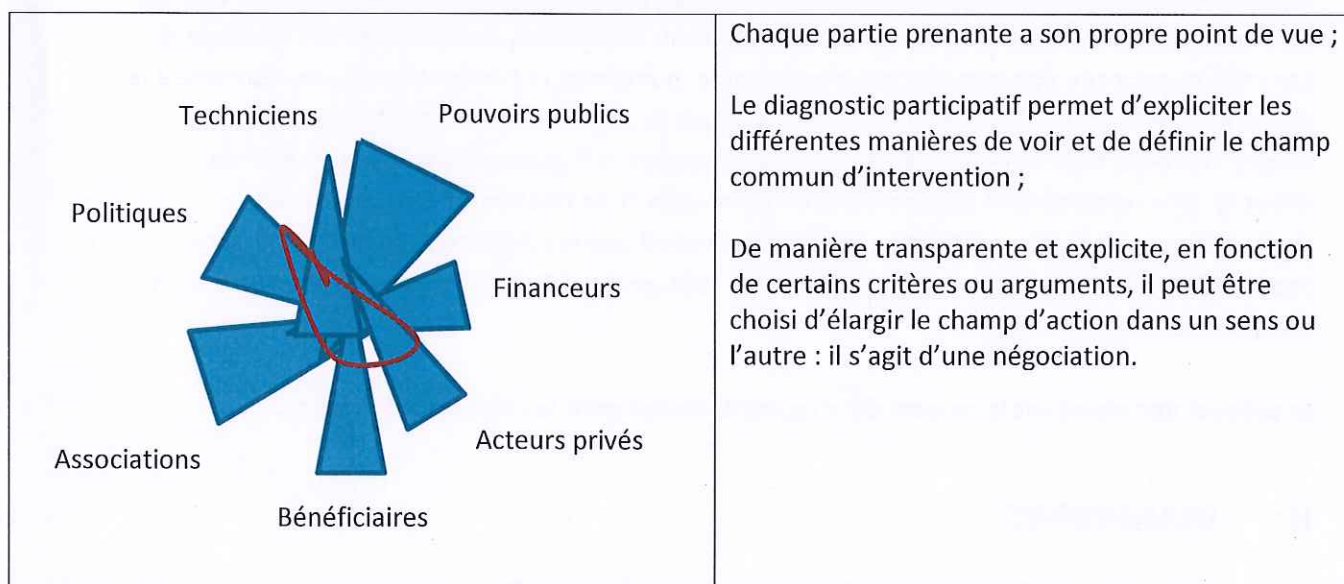
Une formation d'un jour et demi a été dispensée aux futurs participants. Il y a notamment été question de l'évolution et de l'impact du vieillissement à l'échelle territoriale, du Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés (RFVAA) ainsi que de la méthode de diagnostic.

2. Choix de la problématique de départ

La problématique de départ choisie par les participants assesseurs au cours du premier atelier est « la problématique de l'isolement des aînés de 65 ans et plus » et la question de départ suivante : « **Quels facteurs favorisent le lien social des personnes de plus de 65 ans ?** »

Avant de lancer le débat, les règles de l'atelier sont rappelées : chacun parle en son nom propre (personne ne « représente » une institution), rien ne sort de l'atelier sous forme nominative, le respect de la parole de chacun est primordial, la richesse du diagnostic vient de la diversité des points de vue et de la clarification qui peut naître des échanges, personne n'a tort ou raison.

Schéma du croisement des regards et de son utilité:



Afin de déterminer la question centrale qui sera abordée, il existe différentes méthodes parmi lesquelles la visualisation mobile. La visualisation mobile permet de lancer la dynamique du groupe : des petites notes autocollantes sont distribuées et chacun écrit une idée par note sans communiquer avec son voisin dans un premier temps. Après quelques minutes de réflexion individuelle, un tour de table permet à chacun de s'exprimer et de vérifier que tout le monde comprend son idée ; le tour de table se poursuit jusqu'à épuisement des idées ; chacun donne une idée à la fois pour permettre à chacun de s'exprimer et s'assurer que les moins bavards ont pu contribuer au débat. Les petites

notes sont ensuite rassemblées et structurées en groupes thématiques sur un tableau; la réflexion s'affine pour arriver finalement à un consensus qui servira de point de départ.

3. L'arbre causal

Clef d'interprétation :

Consigne d'écriture et de lecture des tableaux : chaque case doit être développée en minimum deux cases

Les cercles rouges dans l'arbre causal illustrent des interventions existantes susceptibles d'affecter le déterminant auquel elles sont reliées

Les losanges verts indiquent des interventions souhaitables et potentiellement réalisables. Ils sont également reliés au(x) déterminant(s) ou aux problèmes qu'elles sont susceptibles d'améliorer

Les encadrés complémentaires illustrent le débat au travers d'expériences réalisées dans d'autres communes et mentionnées dans le groupe.

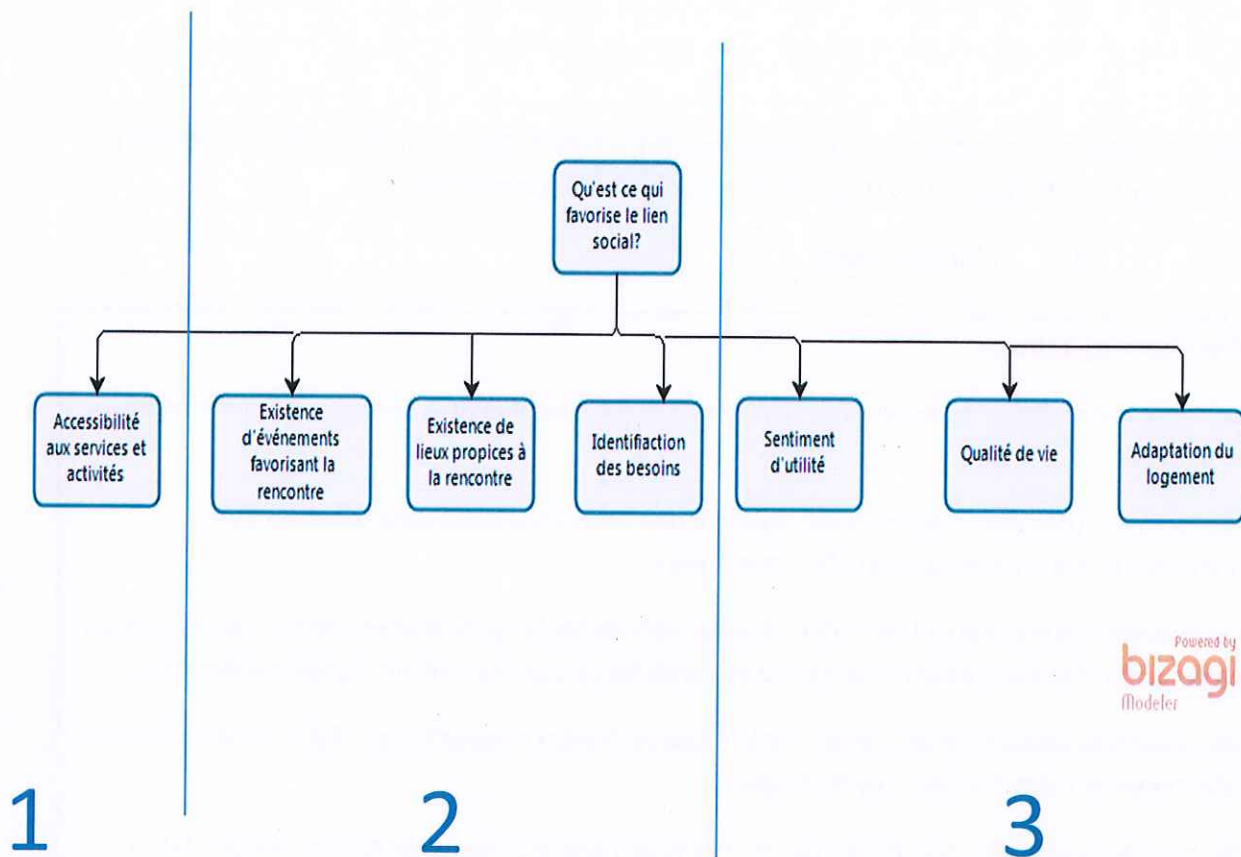
Par ailleurs, la taille des rectangles, des cercles et des losanges ne représente en aucune façon l'importance des déterminants ou interventions. Elle est déterminée par la capacité d'agencement du tableau.

Rappelons que le modèle construit est une représentation simplifiée de la réalité, un peu comme un plan de ville représente la ville mais n'est pas la ville. Il n'est pas figé mais est évolutif et fonction des personnes qui le construisent. Cette « variabilité » du modèle n'affecte pas la qualité des hypothèses énoncées mais implique qu'il n'existe pas un modèle idéal qui représenterait une réalité absolue. Le modèle réalisé sera différent selon les personnes qui le construisent mais les hypothèses principales seront normalement présentes et ce, quelle que soit à la composition du groupe, à condition que les points de vue soient suffisamment variés (présence entre autres des personnes concernées ou bénéficiaires potentiels des actions).

Voici les sept premières hypothèses : les facteurs favorisant le lien social des personnes de plus de 65 ans sont :

- L'accessibilité aux services / activités
- L'existence d'événements favorisant la rencontre
- L'existence de lieux propices à la rencontre
- L'identification des besoins
- Le sentiment d'utilité
- La qualité de vie
- L'adaptation du logement

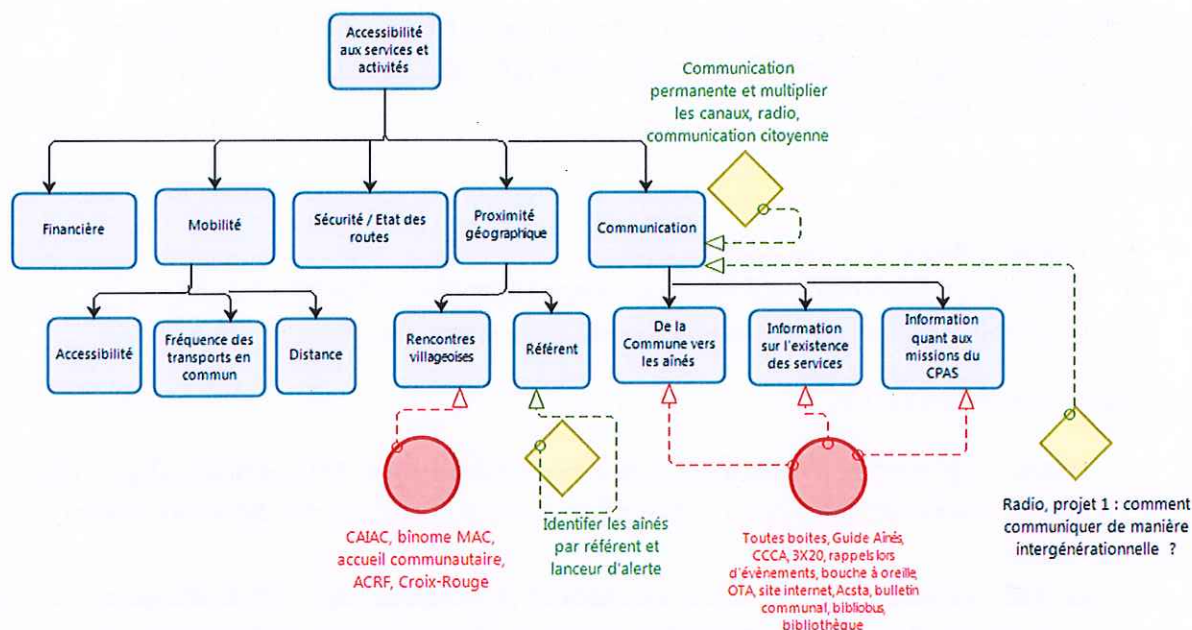
Chacune des cases est ensuite à nouveau divisée en plusieurs autres facteurs ou déterminants ou causes et les liens qui les unissent à la case supérieure sont de nouvelles hypothèses à vérifier.



Analyse du premier volet de déterminants : les déterminants de l'accessibilité aux services et activités

- le texte noir explicite les relations entre déterminants
- le texte en rouge liste les interventions existantes
- le texte en vert liste et explicite les interventions potentiellement souhaitables

1 Accessibilité aux services et activités (schéma 2)



Powered by
bizagi
Modeller

L'accessibilité aux services et activités est déterminée à la fois par les moyens financiers, par la mobilité, par le sentiment de sécurité et l'état des routes, par la proximité géographique et par la communication qui est faite autour de ceux-ci.

Analyse des déterminants et de leurs interactions :

La mobilité dépend à la fois de l'accessibilité aux différents transports, de leur coût, de la distance de ceux-ci (du lieu de départ jusqu'à l'arrêt), ainsi que de la fréquence de passage des transports en commun. A Assesse, les villages sont peu desservis, la fréquence des transports en commun est plutôt basse, il n'y a ni navette ni taxi social. Par ailleurs, L'ASBL CAIAC propose les services de chauffeurs bénévoles.

La situation géographique des personnes a un impact sur l'accessibilité aux services et sur la participation aux activités.

La participation aux activités dépend non seulement de la connaissance qu'en ont les personnes mais aussi de l'adaptation de celles-ci à leurs besoins.

Il est apparu au sein du groupe que les personnes âgées isolées ne connaissaient pas les différents services d'aides et leurs missions.

Les personnes isolées ne sont pas non plus identifiées et connues par les acteurs locaux présents dans le groupe de travail.

Actions existantes

Les activités existantes sont organisées principalement par la commune, la maison d'accueil communautaire (MAC), le conseil consultatif des aînés (CCCA) et le secteur associatif (notamment via l'ASBL CAIAC).

La commune est active via

- Le Centre Public d'Action Sociale (CPAS)
- Le Service seniors communal dont la personne ressource est Madame Lacroix
- Le conseil consultatif des aînés (CCCA), créé le 25 novembre 2013

Les associations citées sont :

- L'ASBL CAIAC (Centre d'Accueil, d'Information, d'Animation et de Coordination) qui a pour mission d'améliorer les relations et l'entraide entre les habitants des différents villages de l'entité.
- La Maison d'Accueil Communautaire de Maillen (MAC) gérée par l'ASBL CAIAC qui ouvre tous les vendredis. Elle cible directement les personnes âgées autour d'ateliers divers. Un système de voiturage est mis en place (des bénévoles vont chercher les bénéficiaires).
- La Croix-Rouge
- L'ACRF – Femmes en milieu rural asbl est un mouvement d'éducation permanente reconnu par la Fédération Wallonie Bruxelles, établi dans 5 régionales dans les provinces wallonnes. Le mouvement est ouvert à toutes les femmes vivant en milieu rural avec une attention particulière à celles qui ont moins l'occasion de prendre la parole. Des responsables bénévoles et des animatrices professionnelles offrent un soutien par le biais de services communautaires.

Concernant la diffusion des informations, les moyens actuels sont les suivants :

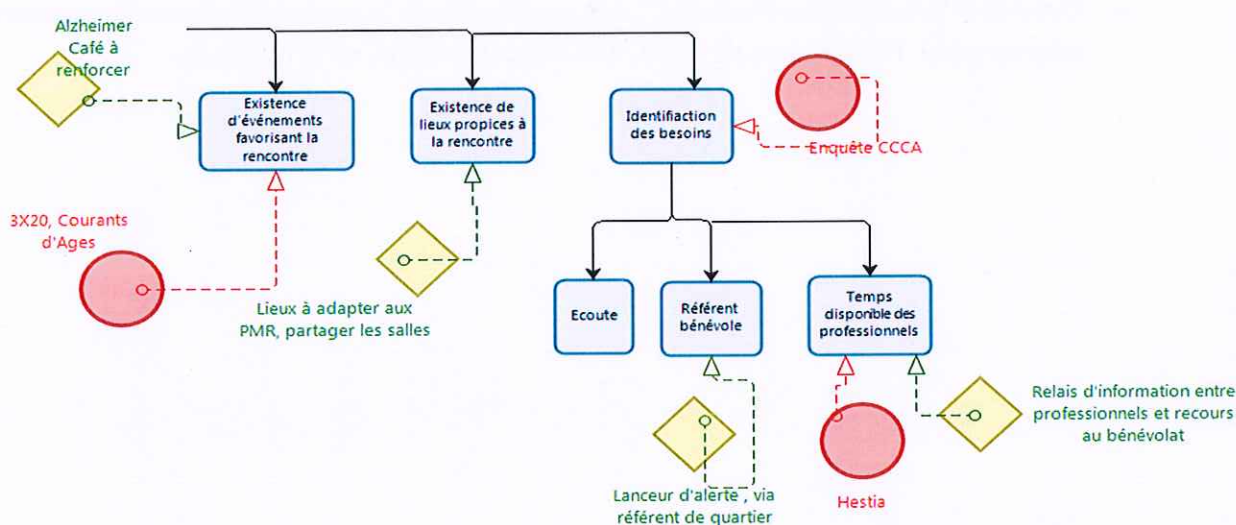
- Le bulletin communal
- Le site Internet de la commune
- Diverses publications de l'Office du Tourisme d'Assesse
- Aide logistique et technique, fournie par l'ASBL ACSTA (Association Culture, Sport et Tourisme de l'entité d'Assesse) à toutes les asbl et associations de l'entité reconnues par la commune, qui a pour objectif d'apporter des réponses aux problèmes techniques
- Le guide des aînés

Actions possibles et pertinentes

- Créer des permanences de proximité dans les différents villages de l'entité
- Désigner un référent qui pourrait identifier les aînés isolés

- Désigner un lanceur d'alerte qui pourrait relayer certaines problématiques identifiées auprès des acteurs sociaux
- Créer un réseau d'acteurs sociaux et de professionnels de l'aide à domicile
- Communiquer mieux en multipliant les canaux d'information
- Projet n° 1 : créer une radio, avec un point d'attention sur la communication intergénérationnelle

2 L'existence d'événements favorisant la rencontre, l'existence de lieux propices à la rencontre et l'identification des besoins (schéma 3)



Powered by
bizagi
Modeller

D'autres déterminants qui favorisent le lien social sont l'existence d'événements favorisant la rencontre, de lieux propices à la rencontre et l'identification des besoins. La participation aux activités dépend de l'offre et de la demande. Le fait de participer aux activités dépend de l'organisation de celles-ci, du fait qu'elles soient adaptées et accessibles (tant sur le plan financier que de la mobilité) et de leur promotion.

Les activités à destination des seniors à Assesse sont surtout organisées par les groupements de 3X20 et donc par village.

Actions existantes

- Les clubs de 3X20 (Assesse, Courrière, Crupet, Florée, Maillen et Sart-Bernard)
- Le CCCA
- Hestia : chaque semaine, un bénévole de la Croix-Rouge rend visite à une personne seule à son domicile. C'est l'occasion idéale pour partager un moment convivial, boire un café, partager un

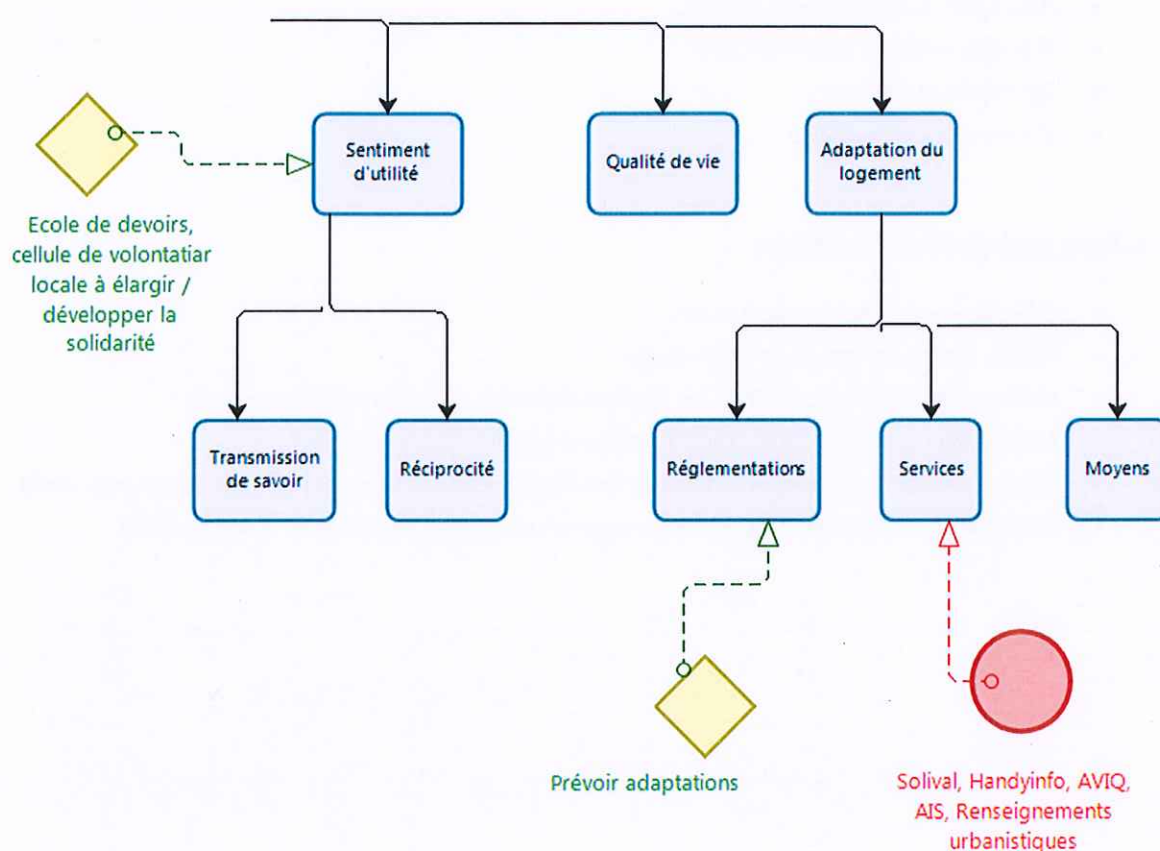
loisir, se promener ou bavarder, tout simplement. Grâce à ces visites, la personne isolée retisse du lien social

- Le guide des aînés recense notamment les différentes activités à destination des seniors

Actions possibles

- Adapter les lieux de rencontre aux PMR
- Partager les salles
- Désigner les lanceurs d'alerte (personnes qui relaieraient le fait qu'une personne se trouve dans une situation difficile)
- Instaurer des relais d'information entre professionnels et favoriser le recours au bénévolat.
- Dynamiser l'intergénérationnel avec l'aide des comités de jeunesse et du Patro (des activités existent déjà). Trois groupes de Patro / Scouts sont recensés sur la commune.

3 Le sentiment d'utilité, la qualité de vie et l'adaptation du logement (schéma 4)



Powered by
bizagi
Modeler

Le lien social est aussi déterminé par le sentiment d'utilité, la qualité de vie et l'adaptation du logement. Une personne se sentant en sécurité à son domicile et ayant un logement adapté pourra plus facilement en sortir et entrer en relation avec autrui et également accueillir chez elle. De même, les contacts intergénérationnels permettent de mettre en avant le savoir des aînés et donc de valoriser leurs compétences et renforcer leur estime d'eux-mêmes.

Actions existantes : menées par

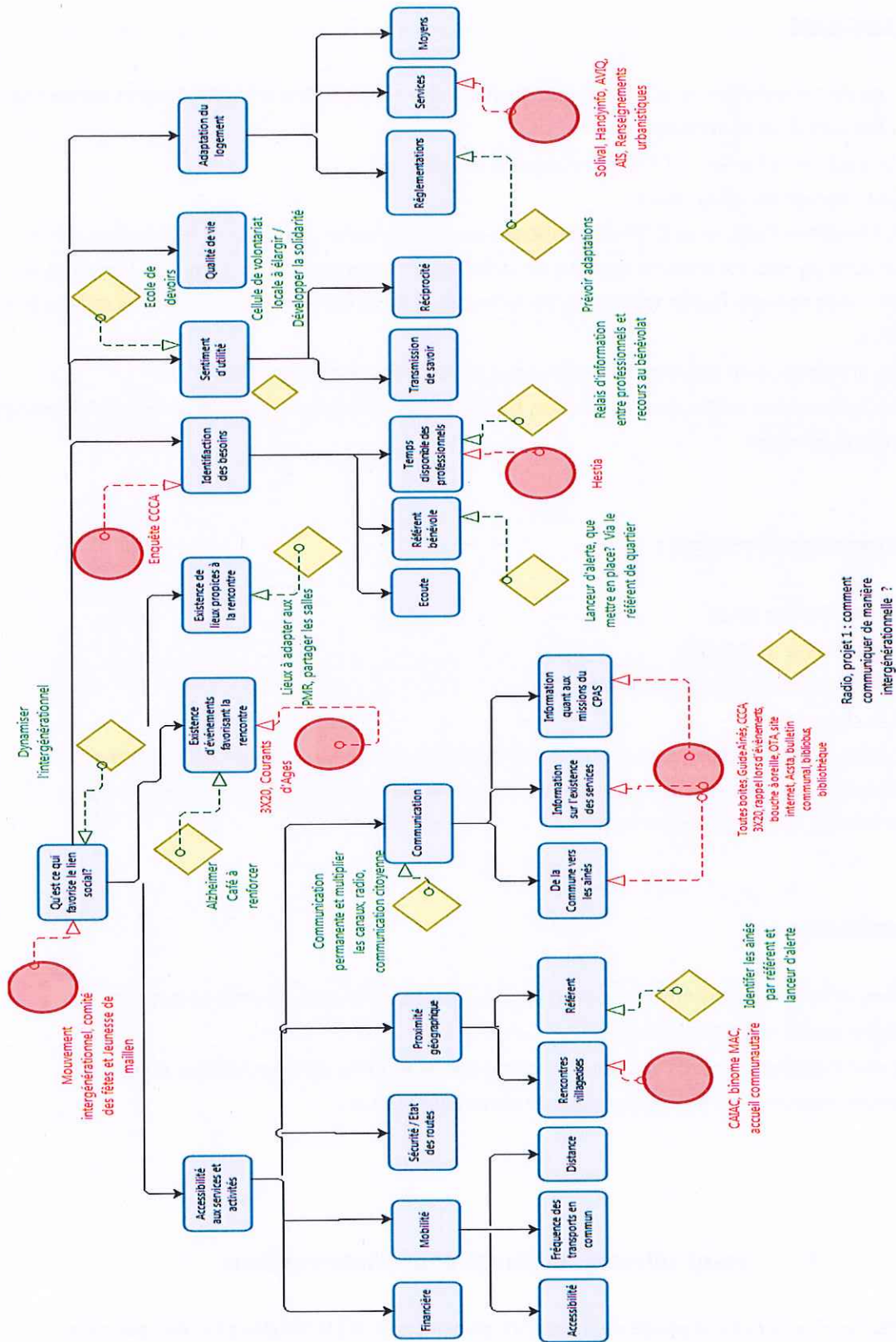
- Solival, service conseil en adaptation du domicile, gratuit et dépendant de la mutualité chrétienne
- Handyinfo aménagement, service conseil en adaptation du domicile, dépendant de la mutualité socialiste

- AVIQ : l'Agence pour une Vie de Qualité est un organisme d'intérêt public (OIP) autonome gérant les compétences de la santé, du bien-être, de l'accompagnement des personnes âgées, du handicap et des allocations familiales en Wallonie
- AIS (Agence immobilière sociale)
- Renseignements urbanistiques
- Les écoles de devoirs
- L'accueil extra-scolaire

Actions potentielles souhaitables

- Développer les écoles de devoirs
- Elargir la cellule locale de volontaires
- Prévoir des adaptations dans les réglementations concernant le logement
- Mettre en place des cours d'informatique donnés par les jeunes
- Prévoir le vieillissement en adaptant les domiciles des aînés (penser plus tôt à plus tard)
- Assouplir les règles d'urbanisme (de logement intergénérationnel et de permis)

4 Tableau final : « Qu'est-ce qui favorise le lien social ? » (Schéma 5)



Actions existantes

- Enquête menée par le CCCA auprès des aînés afin de connaître leurs souhaits et de pouvoir répondre à leurs attentes.
- Le partenariat entre le CPAS et les agents de quartier
- Les rencontres villageoises
- L'Alzheimer Café, dont l'objectif principal est d'informer les patients et les familles sur les aspects médicaux et psychosociaux de la démence d'une manière informelle. Il permet en outre de rompre l'isolement social et de favoriser la convivialité. Les rencontres se font à la MAC
- La distribution de légumes aux personnes précarisées gérée par le CPAS
- Le bibliobus de la Province de Namur, bibliothèque itinérante qui propose en prêt direct des ouvrages variés

Services, associations existants :

- Le comité des fêtes
- La jeunesse de Maillen
- Le Mouvement intergénérationnel
- Les clubs 3X20
- L'ASBL Courants d'âges, plateforme de l'Intergénération en territoire francophone de Belgique, qui représente un réseau de membres qui œuvrent sur le terrain à plus de solidarité entre les générations

Actions souhaitées

- Renforcer l'information sur les droits sociaux et les différents services communaux
- Dynamiser l'intergénérationnel
- Créer des permanences des services communaux et CPAS dans les villages en plus des déplacements déjà mis en place par le service population

4. Etape suivante : la planification d'interventions

Les critères retenus lors de la phase de diagnostic permettent d'établir des priorités parmi les actions possibles et pertinentes identifiées. Ces critères doivent aussi être choisis de manière participative avec l'ensemble des parties prenantes. Leur identification constitue la première étape, leur classement par ordre d'importance, la seconde, est tout aussi indispensable.

Au cours d'un tour de table, les membres du comité de diagnostic ont exprimé le ou les critères de qualité qu'ils jugeaient prioritaires pour les actions à développer. Chaque participant parmi les huit présents pouvait évoquer autant de critères qu'il souhaitait.

Les critères suivants ont été jugés les plus importants :

- **Communication efficace (cité 4 fois : XXXX)**
- **Disponibilité des moyens humains et financiers XXX**
- **Existence d'un porteur de projet XX**
- **Implication citoyenne XXX**
- **Etre présent et dialoguer XX**
- **Avoir un relais citoyen**
- **Implication communale XX**
- **Partir de l'envie des gens XXXX**

Ces critères ne pouvant pas tous être appliqués, les quatre critères les plus importants ont été retenus :

- Partir de l'envie et des besoins des gens
- Existence d'un porteur de projet
- Disponibilité des moyens humains et financiers
- Une réelle implication citoyenne

La communication est tellement essentielle qu'elle fait d'office partie intégrante d'un projet et cela à n'importe quelle étape de la progression de ce dernier.

Parmi les idées d'actions, sont retenues pour le moment, sur base de ces critères :

- la nécessité de renforcer l'existant
- la création d'une cellule « volontariat »
- le développement de l'accueil extra-scolaire et des écoles de devoirs
- la préparation du vieillissement (urbanisme, activités...)
- la mise en route d'un système de citoyens lanceurs d'alertes
- la formation des professionnels en vue d'une meilleure communication
- le développement et la dynamisation des rencontres intergénérationnelles

Le présent rapport a été restitué aux membres du groupe de diagnostic le

Une fois les actions déterminées, la construction du tableau « HIPPOPOC » aide à la planification des interventions :

Les **Inputs** sont les éléments, ressources, entrants nécessaires à la mise en œuvre (ressources humaines, matérielles, financières, les moyens investis) ;

Les **Processus** représentent les activités ;

Les **Outputs** sont les résultats des processus entrepris ;

Les **Outcomes** sont l'effet, le changement attendu sur le déterminant. Ils peuvent être influencés par d'autres facteurs qui échappent au contrôle du projet. Il s'agit des facteurs confondants. Ceux-ci peuvent être identifiés clairement avant de mettre en œuvre les actions et notamment grâce au modèle causal. Par exemple, une intervention peut consister à élargir les plages horaires du taxi social. L'impact attendu de cette intervention peut être limité par l'augmentation du tarif du taxi social (facteur confondant).

Des indicateurs sont choisis afin de permettre le monitoring et l'évaluation (le suivi du projet) et de vérifier à chaque étape si le projet est en bonne voie pour atteindre ses objectifs.

Le développement du plan d'action peut également faire partie d'un partenariat avec la Province pour une aide méthodologique si la commune le demande.

Le comité de pilotage validera le travail de diagnostic mené, et opérera des choix d'actions prioritaires, qu'il planifiera dans le temps.

Cette phase de planification opérationnelle (sur le court terme, moyen terme, voire à plus long terme) correspondra au plan d'actions.

Parallèlement, des indicateurs d'évaluation de l'atteinte des résultats escomptés devront être définis.

5. En conclusion

5.1. Au niveau des résultats

La commune d'Assesse est une commune rurale regroupant 7 villages (Assesse, Courrière, Crupet, Florée, Maillen, Sart-Bernard et Sorinne-la-Longue) dont la plupart des indicateurs sont assez proches des moyennes provinciale et régionale, avec un peu plus de jeunes cependant, un indice de vieillissement légèrement plus bas et une espérance de vie qui semble légèrement supérieure.

A Assesse, une dynamique sociale existe et différents services ont été identifiés, au niveau communal (CPAS, service senior communal, CCCA) comme au niveau associatif (ASBL CAIAC, 3X20, MAC, l'ACRF...). Toutefois, d'après le groupe de travail, ces services ne sont pas assez connus des habitants.

L'isolement des personnes âgées a été relevé par tous les participants aux ateliers comme problématique prioritaire à prendre en considération afin de favoriser le bien-être des personnes âgées.

Les déterminants de cet isolement ont ensuite été abordés et sont décrits dans les schémas présentés, grâce au logiciel Bizagi.

Parmi les déterminants favorisant le lien social, on note l'accessibilité aux services et activités, l'existence d'événements favorisant la rencontre, l'existence de lieux propices à la rencontre, l'identification des besoins, le sentiment d'utilité, la qualité de vie et l'adaptation du logement au fil de l'âge.

L'ensemble des services existants (liste probablement non exhaustive mais rapportée par les participants) sont déclinés pour chaque type de déterminant abordé ainsi que les propositions d'actions complémentaires. La plupart des actions proposées par le groupe de diagnostic porte sur des aménagements de services existants ce qui les rend sans doute plus faciles à mettre en œuvre, comme par exemple le renforcement de l'Alzheimer Café.

La prochaine étape consiste à ébaucher le plan d'actions sur base des priorités retenues par le COPIL et à le présenter au Collège communal.

5.2. En matière de méthode

Le processus présente des avantages certains : un dialogue entre acteurs et une meilleure connaissance des activités au niveau de la commune et des initiatives d'autres communes ;

Les participants à l'exercice peuvent s'approprier le modèle qui peut évoluer dans le temps ;

Des ébauches d'interventions possibles qui relèvent de différents niveaux d'organisation sont évoquées : elles relèvent d'une responsabilité communale pour l'aménagement du territoire (mobilier urbain, aménagements de trottoirs etc.) ou citoyenne (développement d'activités nouvelles...). Certaines interventions comme le développement des activités intergénérationnelles peuvent relever de différents niveaux (communal, citoyen ou dans le cadre de projets européens comme le GAL) ;

Plusieurs actions relèvent de l'information : la coordination des activités, le renforcement de l'information en général et en particulier sur les droits sociaux et les services communaux ;

La méthodologie a été testée en vue d'une prochaine phase de programmation avec de nouvelles communes. La ligne du temps devrait être respectée de manière à ne pas perdre la motivation des acteurs.

III. ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

Animateurs et rapporteurs :

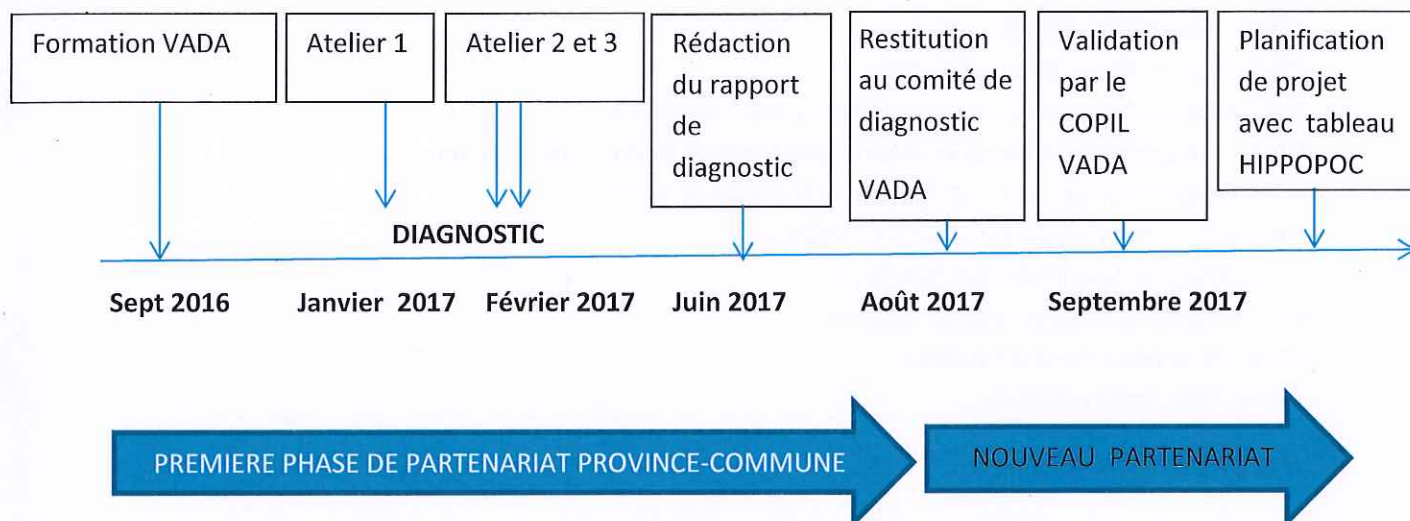
Anne-France-Hubaux, Cellule Promotion Santé, DSP, Province de Namur
Lise Bouko, Chargée du projet VADA (DASS), Province de Namur
Benoit Dadoumont, Directeur du CLPS
Bénédicte Reginster, DSP, Province de Namur
Ahmed Balla Conde, Chargé de projets DSP, Province de Namur

Invités :

Christiane MARCHAL (Echevine des Aînés),
Nadia MARCOLINI (Echevine de l'Aménagement du territoire),
Philippe STEVAUX (Président CCCA),
Nassima VAN LOMMEL (Bénévole),
Denis DEFAYS (FRW),
Marie-Françoise BOUVEROUX (Aînée),
Hélène GADISSEUX (GAL Culturalité),
Véronique CORNETTE (Asbl CAIAC),
Betty MICHIELS (Aînée),
Myriam LACROIX (Agent communal),
Brigitte DELCORDE (CPAS).

LIGNE DU TEMPS

Le préliminaire consiste en l'adhésion de la commune à la démarche VADA.



ABREVIATIONS

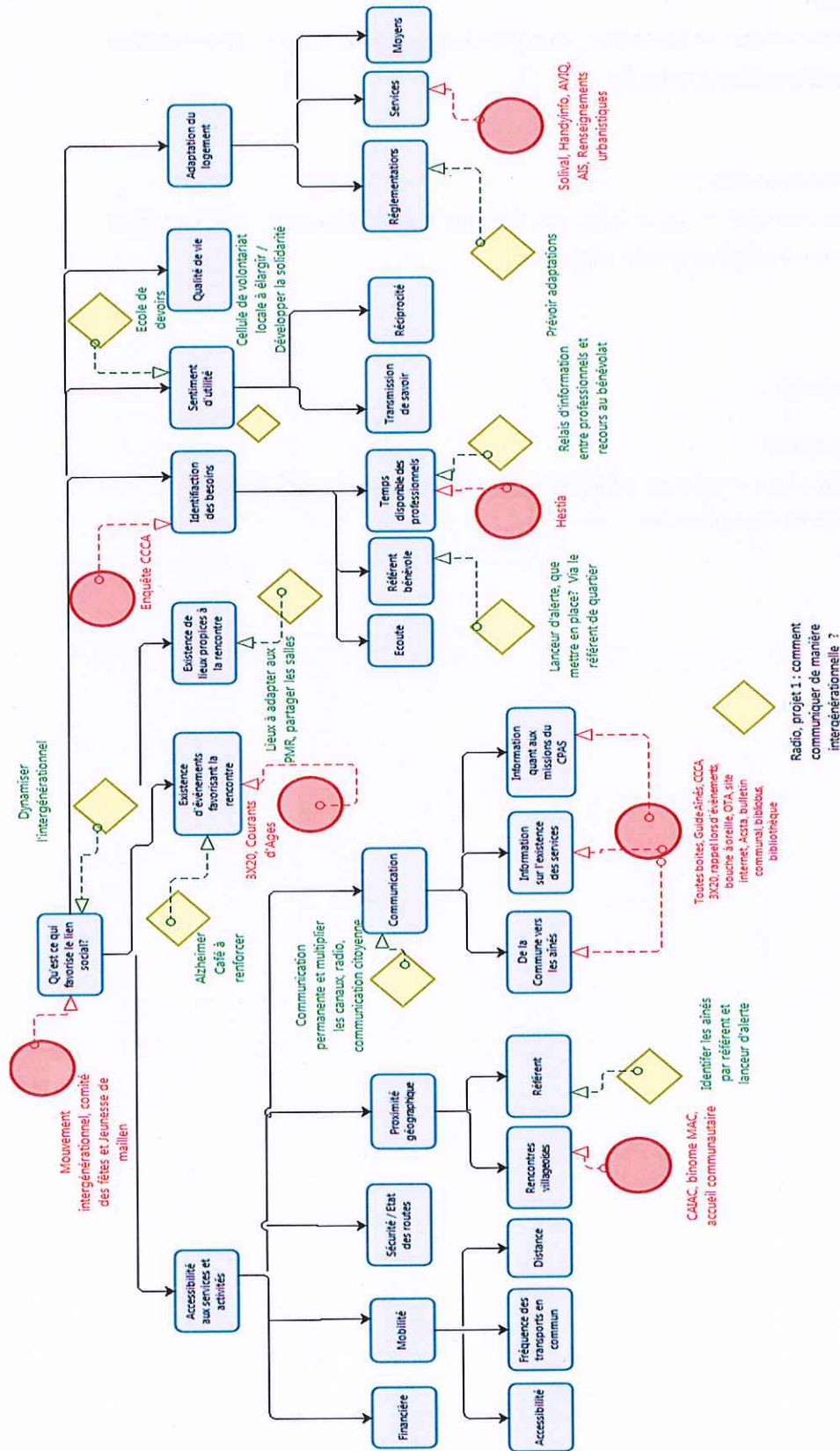
AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité
CCCA : Conseil Consultatif Communal des Aînés
COPIL : Comité de pilotage
CPAS : Centre Public d'Action Sociale
CPPE : Comprehensive Participatory Planning & Evaluation
DASS : Direction des Affaires Sociales et Sanitaires de la Province de Namur
DSP : Direction de la santé publique de la Province de Namur
HIPPOPOC : Inputs Process OutPuts OutComes
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
MAC : Maison d'Accueil Communautaire
PMR : Personne à mobilité réduite
VADA : Ville Amie des Aînés

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Les documents suivants sont disponibles à la Province de Namur sur demande :

- Fiche 30 « Ville amie des aînés » du catalogue 2014-2016. Fiche 45 & 46 « Devenir une ville VADA « Ville amie des aînés » du catalogue d'actions 2017-2019. Domaine Action sociale et sanitaire.
- Guide pratique VADA à l'intention des acteurs locaux.
- Programme de formation préparatoire à la démarche VADA et aux ateliers.

TABLEAU FINAL DECOMPOSE SELON LES 7 DETERMINANTS MAJEURS



COORDONNEES DE REFERENCE

A la Province de Namur :

Madame Lise BOUKO

Direction des Affaires Sociales et Sanitaires, Rue Martine Bourtonbourt, 2 - 5000 NAMUR

Courriel : lise.bouko@province.namur.be

Tél : 081 77 54 55

Madame Céline VAN HONACKER

Direction des Affaires Sociales et Sanitaires, Rue Martine Bourtonbourt, 2 - 5000 NAMUR

Courriel : celine.vanhonacker@province.namur.be

Tél : 081 77 58 16

A la Commune d'Assesse :

Madame Myriam LACROIX

Administration communale d'Assesse, Esplanade des Citoyens, 4 à 5330 ASSESSE

Courriel : Myriam.Lacroix@assesse.be

Tél : 083 63 68 40

