

Élaboration d'indicateurs pour l'évaluation des collectivités-amies des aînés au Canada : démarche et résultats

H. Orpana, Ph. D. (1,2); M. Chawla, M.P.H. (3); E. Gallagher, Ph. D. (4); E. Escaravage, M. Sc. (3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.



Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé le projet mondial « Villes-amies des aînés » afin de favoriser un vieillissement actif. Si un grand nombre d'initiatives « amies des aînés » ont été mises en œuvre au Canada, on dispose de peu d'information sur l'efficacité et les résultats des initiatives des collectivités-amies des aînés (CAA). En outre, les intervenants affirment qu'ils n'ont pas la capacité et les outils nécessaires pour élaborer et réaliser des évaluations relatives à leurs initiatives de CAA. Afin de pallier ces lacunes, l'Agence de la santé publique du Canada a mis au point des indicateurs pour l'évaluation des initiatives de CAA dans de nombreuses collectivités canadiennes. Ces indicateurs, destinés à répondre aux différents besoins des collectivités, ne sont pas conçus pour faire l'évaluation de répercussions collectives ou pour rendre possible une comparaison entre collectivités.

Méthodologie : Une démarche de consultation itérative fondée sur des données probantes a été employée pour l'élaboration d'indicateurs relatifs aux CAA. Elle a nécessité une revue de la littérature et une analyse du contexte. Deux rondes de consultation auprès d'experts et d'intervenants clés ont été menées, ce qui a permis de classer les indicateurs potentiels en fonction de leur importance, de leur capacité à être mis en pratique et de leur faisabilité. Une liste définitive d'indicateurs et de mesures potentielles a ensuite été mise au point, en fonction des résultats de ces consultations et de considérations clés relatives aux politiques.

Résultats : Trente-neuf indicateurs répartis en huit domaines relevant des CAA et quatre indicateurs relevant des résultats liés à la santé et aux conditions sociales à long terme ont été sélectionnés. Tous sont conformes à l'objectif énoncé, à savoir l'évaluation des initiatives de CAA à l'échelon local. Un guide convivial est disponible pour soutenir et diffuser ce travail.

Conclusion : Les indicateurs de CAA sont susceptibles d'aider les collectivités à procéder à l'évaluation de leurs initiatives amies des aînés, ce qui constitue la dernière étape du cycle des jalons pancanadiens des CAA. Les collectivités sont en effet encouragées à améliorer leurs initiatives amies des aînés à partir de l'évaluation de leurs résultats, afin d'en faire profiter un large éventail de Canadiens.

Mots-clés : amies des aînés, évaluation, vieillissement, collectivité, Canada

Introduction

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a donné le coup d'envoi au projet mondial « Villes-amies des aînés » en réunissant des représentants de villes du

monde entier souhaitant favoriser un vieillissement en santé¹. Cette consultation a fait ressortir huit grands domaines de la vie locale dans lesquels les collectivités pouvaient agir pour mieux répondre aux besoins des aînés : espaces extérieurs et

Points saillants

- Les collectivités ayant mis en œuvre des initiatives de collectivités-amies des aînés (CAA) sont de plus en plus nombreuses au Canada. Bon nombre d'entre elles sont prêtes à procéder à l'évaluation de leurs activités.
- L'Agence de la santé publique du Canada a établi, au moyen d'une analyse exhaustive, une liste d'indicateurs potentiels de la convivialité à l'égard des aînés susceptibles de servir à l'évaluation. Une démarche de consultation en plusieurs phases a permis de raccourcir et de peaufiner cette liste.
- La liste finale comprend 39 indicateurs relevant de huit domaines des collectivités locales et 4 indicateurs relevant des résultats liés à la santé et aux conditions sociales, tous aptes à soutenir le processus d'évaluation des collectivités.

bâtiments, transports, logement, participation au tissu social, respect et inclusion sociale, participation citoyenne et emploi, communication et information et enfin soutien communautaire et services de santé. Le Canada a été un partenaire clé lors de l'élaboration de cette approche, et quatre villes canadiennes ont pris part aux consultations ayant conduit à la conception du modèle. Le Canada comptant un nombre considérable de collectivités rurales et éloignées, les ministres responsables des aînés aux échelons fédéral, provincial et territorial ont parrainé un projet complémentaire, qui a donné lieu à la publication du document *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide*².

Rattachement des auteurs :

1. Division de l'intégration scientifique, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Division de la promotion et de l'innovation en matière de santé de la population, Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
4. École des sciences infirmières (émérite), Faculté de développement humain et social, Université de Victoria, Victoria (Colombie-Britannique), Canada

Correspondance : Heather Orpana, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-878-5011; téléc. : 613-960-0944; courriel : heather.orpana@phac-aspc.gc.ca

Dans le cadre de son rôle national de direction en matière de promotion du développement des collectivités-amies des aînés (CAA), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a défini, avec la collaboration de partenaires clés, les jalons pancanadiens des CAA. Ces jalons décrivent les étapes à suivre pour appliquer le modèle des CAA au Canada³ :

1. Établir un comité consultatif auquel des aînés participent activement;
2. Faire adopter une résolution par le conseil municipal pour soutenir et promouvoir activement les mesures visant à mettre la collectivité en voie de devenir amie des aînés;
3. Établir un plan d'action solide et concret qui corresponde aux besoins exprimés par les aînés dans la collectivité;
4. Faire la preuve de sa volonté d'agir en rendant public ce plan d'action;
5. S'engager à mesurer les activités mises en place et à évaluer et publier les résultats du plan d'action.

Plus de 900 collectivités canadiennes travaillent actuellement à devenir amies des aînés. Un certain nombre d'administrations et d'organisations non gouvernementales ont signalé ne pas avoir les capacités et les outils nécessaires pour mener à bien le cinquième jalon, celui qui consiste à réaliser des évaluations efficaces. En 2009, l'ASPC s'est réunie avec des intervenants clés et des chercheurs du domaine des collectivités-amies des aînés afin de discuter de façon globale de l'évaluation des CAA. Au cours de cette réunion, les participants ont signalé que les intervenants locaux avaient besoin d'indicateurs et de données.

En 2011, devant l'intérêt croissant manifesté par des provinces, des organisations non gouvernementales et des chercheurs canadiens, l'ASPC s'est engagée dans un processus rigoureux d'élaboration d'un ensemble d'indicateurs pour les CAA. Ces indicateurs forment un menu dans lequel les collectivités peuvent faire leur choix en fonction des enjeux locaux et de leurs capacités.

Dans cet article, nous décrivons la démarche entreprise par l'ASPC, les motifs et les principes qui sous-tendent le projet des indicateurs des CAA et les progrès

accomplis jusqu'à présent dans la définition des indicateurs des CAA.

Méthodologie et résultats

Détermination des indicateurs et classement par ordre de priorité

La démarche qu'a employée l'ASPC afin de mettre au point cet ensemble d'indicateurs a été adaptée de méthodes fiables ayant précédemment servi à l'élaboration d'autres cadres d'indicateurs en santé publique⁴⁻⁶. De façon générale, l'élaboration d'indicateurs consiste à définir le but qui leur est associé, à créer un cadre conceptuel sur la base de fondements théoriques, de politiques ou de données⁴ et à sélectionner ou créer les indicateurs eux-mêmes⁵.

En l'occurrence, la démarche d'élaboration d'indicateurs a visé à mettre au point un menu d'indicateurs qui permette aux collectivités qui entreprennent des initiatives amies des aînés de choisir des indicateurs adaptés à leurs activités d'évaluation et de surveillance. Le cadre relatif aux villes-amies des aînés de l'OMS a fourni le cadre conceptuel global, notamment en ce qui concerne les huit domaines autour desquels les collectivités peuvent axer leurs interventions en vue d'aider leurs résidents à vieillir en santé¹.

Un Groupe de travail sur les indicateurs des collectivités-amies des aînés a été mis sur pied pour encadrer la réalisation du projet des indicateurs des CAA. Ce groupe de travail, qui s'est réuni régulièrement tout au long du projet, était composé de représentants de l'ASPC, des gouvernements provinciaux et territoriaux, des municipalités et d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et d'aînés.

Revue de la littérature et analyse du contexte

La première étape a consisté à trouver des indicateurs potentiels au moyen d'une revue de la littérature. Nous avons cherché, dans les bases de données suivantes, les articles ayant fait l'objet d'une évaluation par les pairs et publiés entre 1990 et 2012 : Web of Science, AgeLine, registre d'essais Cochrane Injuries Group, CINAHL Database, MEDLINE, Health Source et Social Sciences Citation Index. Seules les publications en anglais et en français concernant les adultes de 65 ans et plus ont été retenues. La recherche a été faite au moyen des termes suivants et de

combinaisons de ceux-ci : personnes âgées, aînés, évaluation, villes/collectivités/entreprises/hôpitaux amis des aînés, collectivités adaptées aux besoins des aînés, collectivités amies des personnes âgées, logements visitables, environnement bâti, logement, modification de domicile, codes du bâtiment, escaliers, trottoirs, transport, environnement social/inclusion sociale, respect, emploi, bénévolat, résultats, amélioration, indicateurs de réussite, chutes, accidents, accidents d'automobile, accidents de la route, communication, soutien communautaire et services de santé.

En premier lieu, nous avons évalué la pertinence des titres. Les articles qui ne correspondaient de toute évidence pas à l'objet de la recherche (comme les articles sur les soins cliniques associés à une maladie particulière) ont été écartés à cette étape. Nous avons ensuite analysé les résumés des articles restants et nous avons inclus ceux qui portaient directement ou indirectement sur les indicateurs ou les mesures se rapportant aux collectivités-amies des aînés. La plupart de ces articles traitaient principalement des évaluations de processus ou des résultats à court terme du travail réalisé par les collectivités. Nous n'avons trouvé aucun compte rendu d'évaluation des résultats à long terme d'initiatives amies des aînés.

Sur la liste initiale de plus de 2 000 documents, nous avons jugé pertinents 23 articles.

Nous avons également réalisé une analyse des activités d'évaluation des CAA déjà menées au Canada et à l'étranger. Nous avons communiqué par courriel avec les principaux intervenants dans les provinces, les territoires et certaines municipalités au sujet de leurs activités, et nous leur avons demandé de fournir des exemplaires de leurs outils d'évaluation. Les mots clés « ami des aînés » et « évaluation » ont servi à trouver, à l'aide du moteur de recherche Google, les programmes en usage ailleurs dans le monde et les documents pertinents de la littérature grise. Nous avons conservé les documents trouvés au cours de cette recherche Internet s'ils contenaient soit de l'information sur les initiatives amies des aînés ou les évaluations locales existantes, soit des renseignements sur les indicateurs ou leurs mesures : 5 rapports communautaires ont ainsi été ajoutés⁷⁻¹¹. Un examen de nos dossiers a permis de trouver 20 documents additionnels satisfaisant également à nos critères.

Nous avons ainsi retenu au total 43 documents et articles pour évaluation. Douze provenaient des États-Unis¹²⁻²³, 3 relevaient d'études portant sur plusieurs pays^{1,24,25}, 2 portaient sur la France^{26,27}, 2 sur l'Australie^{28,29}, 2 sur les Pays-Bas^{30,31} et 1 sur le Royaume-Uni³². Pour le Canada, 5 documents provenaient de la Colombie-Britannique³³⁻³⁷, 5 du Québec^{7,38-41}, 4 de l'Ontario^{9,10,42,43}, 1 du Manitoba⁸, 1 de la Saskatchewan¹¹ et 5 avaient une portée nationale⁴⁴⁻⁴⁸.

Deux spécialistes en recherche qualitative ont analysé les articles et rapports et ont rédigé, d'après le contenu des articles, des notes détaillées sur les indicateurs potentiels mesurant l'adaptation aux besoins des aînés, et ce, pour chacun des huit domaines déterminés par l'OMS¹. Cette méthode de collecte de données qualitatives sur une base théorique, ou déductive⁴⁹, a permis d'établir une liste initiale de 241 indicateurs potentiels. Les deux chercheurs ont défini conjointement plusieurs sous-thèmes à l'intérieur de chaque domaine en regroupant les indicateurs similaires et en leur assignant des codes (ou étiquettes) reflétant les concepts sous-jacents communs (tableau 1). Il s'agit là d'un exemple de codage inductif, ou guidé par les données⁴⁹. L'équipe de recherche (qui comptait quatre membres spécialisés en méthodes qualitatives ou quantitatives, en gérontologie et en CAA) a passé en revue la liste d'indicateurs potentiels afin d'en évaluer la redondance, la pertinence et la clarté. D'un commun accord, ils ont regroupé certains concepts en un seul indicateur et ont éliminé les concepts jugés non pertinents, faisant ainsi passer la liste à 194 indicateurs. Quelques indicateurs, quoique considérés comme importants du point de vue du vieillissement en santé, et initialement inscrits dans les huit domaines, coïncidaient mal avec les sous-thèmes : ils ont été regroupés dans un nouveau domaine, celui des « résultats liés à la santé et aux conditions sociales ». Cette structure a été présentée au Groupe de travail sur les indicateurs des collectivités-amies des aînés pour approbation.

Nous avons également mis au point, à partir d'une revue de la littérature, une liste de critères potentiels et nous l'avons présentée au Groupe de travail sur les indicateurs des collectivités-amies des aînés : fondé sur des données probantes, reflétant un fardeau, représentatif, disponible, pouvant faire l'objet de changements, compréhensible, reproduicible, important, sensé, viable,

direct, objectif, utile, attribuable, pratique et adéquat⁵⁰⁻⁵³. L'équipe de recherche a établi que les critères les plus importants pour la sélection des indicateurs étaient leur importance/pertinence, leur capacité à être mis en pratique et leur faisabilité, ce qui a été confirmé par le Groupe de travail.

Établissement de l'ordre de priorité des indicateurs par la mobilisation et la consultation des intervenants

La deuxième phase de la démarche de sélection des indicateurs a consisté en deux consultations menées, au moyen d'un outil de sondage en ligne élaboré à l'aide de FluidSurvey, auprès d'intervenants ciblés, dans le but de réduire le nombre d'indicateurs potentiels.

Consultation n° 1 : La première consultation ciblait 789 intervenants reconnus, notamment des représentants provinciaux et territoriaux, des représentants municipaux, des membres d'organisations non gouvernementales, des chercheurs et le personnel de l'équipe de projet ou des bénévoles travaillant à des projets de collectivités-amies des aînés. Nous avons sélectionné ces intervenants au moyen de listes de coordonnées établies par le Groupe de référence sur les collectivités-amies des aînés et le Groupe de travail sur les indicateurs des collectivités-amies des aînés. Les répondants ont classé les 194 indicateurs potentiels selon leur importance dans la mesure de la convivialité des villes à l'égard des aînés, leur attribuant une note sur une échelle de 1 à 4, 1 signifiant « pas important », 2 « peu important », 3 « important » et 4 « très important ».

En tout, 191 personnes ont répondu à ce premier sondage de consultation (taux de réponse de 24 %). Toutes les provinces ont été représentées à l'exception du Nouveau-Brunswick, mais les effectifs de répondants étaient faibles à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Aucun répondant ne provenait des territoires. Tous les groupes d'intervenants ciblés étaient représentés. La majorité des répondants étaient des femmes (70 %), ont répondu en anglais (61 %) et avaient moins de 55 ans (59 %). Les intervenants habitaient dans des collectivités de tailles diverses : 65 % d'entre eux vivaient dans des agglomérations de 1 000 à 29 999 habitants, 9 % dans des agglomérations de 30 000 à 99 999 habitants et 23 % dans des agglomérations de 100 000 habitants et plus.

Le tableau 2 présente les caractéristiques des répondants des première et deuxième consultations.

Les notes moyennes attribuées à l'importance des différents indicateurs (sur une échelle de 1 à 4) se situaient entre 2,58 et 3,69. Sur les 5 indicateurs ayant obtenu la plus haute note, 3 concernaient l'amélioration des services de santé et communautaires :

1. Existence de programmes de soutien destinés aux aidants (3,69 sur une échelle de 1 à 4) (services de santé de soutien)
2. Disponibilité de programmes de repas à prix modique (3,67) (services communautaires)
3. Niveau des besoins de soins à domicile non comblés (3,66) (services communautaires)
4. Existence de règlements ou de normes pour les foyers de soins infirmiers (3,64) (services communautaires)
5. Nombre d'options de transport abordables (3,64) (options de transport et transport en commun).

Les indicateurs classés parmi les 50 % plus importants de chaque sous-domaine (en fonction de leur note moyenne) ont été retenus pour une analyse plus poussée. Les données ont également été stratifiées selon la taille de la collectivité afin de pouvoir examiner séparément les données des collectivités de taille petite ou moyenne et celles des collectivités de grande taille. Dans les rares cas où les indicateurs dont la note d'importance moyenne se situait dans les 50 % supérieurs n'étaient pas les mêmes dans les collectivités de taille petite ou moyenne et dans celles de grande taille, nous avons ajouté des indicateurs afin d'inclure les 50 % supérieurs pour les deux groupes. Cette démarche a permis de réduire à 129 le nombre d'indicateurs. Nous avons ensuite combiné certains indicateurs se rapportant à des concepts similaires, ce qui a fait passer la liste à 109 indicateurs.

Sur les 191 personnes ayant répondu au premier sondage de consultation, 93 ont indiqué qu'elles aimeraient participer à un sondage de consultation subséquent.

Consultation n° 2 : Le second sondage de consultation avait comme objectif de réduire la liste des 109 indicateurs potentiels en fonction de leur « capacité à être

TABLEAU 1
Indicateurs potentiels et sous-thèmes pour l'évaluation des collectivités-amies des aînés au Canada

Domaine	Sous-thèmes initiaux	Nombre initial d'indicateurs potentiels	Nombre final d'indicateurs ^a
Espaces extérieurs et bâtiments	Potentiel piétonnier Accessibilité réelle et perçue Blessures Prévention du crime	53	7 (4 indicateurs ont obtenu un degré d'accord élevé et étaient souvent employés dans la littérature; 3 indicateurs ont obtenu un degré d'accord moyen et étaient souvent employés)
Transports	Options de transport et transport en commun Rues et stationnements conviviaux à l'égard des aînés	28	6 (1 indicateur a obtenu un degré d'accord élevé et était souvent employé; 5 indicateurs ont obtenu un degré d'accord moyen et étaient souvent employés; 1 indicateur avait un faible degré d'accord, mais était souvent employé et concordait avec les indicateurs de l'OMS; 2 de ces indicateurs ont été regroupés par la suite)
Logement	Disponibilité d'un logement Programmes de logement et ressources Capacité de vieillir chez soi Informations sur le soutien au logement	46	6 (2 indicateurs ont obtenu un degré d'accord élevé et étaient souvent employés; 3 indicateurs ont obtenu un degré d'accord moyen et étaient souvent employés; 1 indicateur a obtenu un faible degré d'accord, mais était considéré comme une mesure de l'incidence)
Participation au tissu social	Participation à des activités sociales Occasions de participation Accessibilité des occasions de participation	24	6 (4 indicateurs ont obtenu un degré d'accord élevé et étaient souvent employés; 2 indicateurs ont obtenu un degré d'accord moyen et étaient souvent employés)
Respect et inclusion sociale	Existence d'activités intergénérationnelles Sentiment d'appartenance	13	2 (tous deux ont obtenu un degré d'accord élevé)
Participation citoyenne, bénévolat et emploi	Chômage et emploi Formation et soutien Accessibilité	22	4 (3 indicateurs ont obtenu un degré d'accord élevé et étaient souvent employés; 1 indicateur a obtenu un degré d'accord moyen, mais était souvent employé)
Communication et information	Assistance disponible Facilité d'utilisation des documents d'information	21	3 (1 indicateur a obtenu un degré d'accord élevé et était souvent employé; 2 indicateurs ont obtenu un degré d'accord moyen et étaient souvent employés)
Soutien communautaire et services de santé	Médecin de famille Services de santé de soutien Services communautaires	30	5 (4 indicateurs ont obtenu un degré d'accord élevé et étaient souvent employés; 1 indicateur a obtenu un degré d'accord moyen et était souvent employé)
Résultats liés à la santé et aux conditions sociales des aînés		4	4
Total		241	43

Abréviation : OMS, Organisation mondiale de la Santé.

Remarque : Les huit premiers domaines de la convivialité à l'égard des aînés correspondent à ceux déterminés par l'Organisation mondiale de la Santé¹. L'équipe de recherche a ajouté les « résultats liés à la santé et aux conditions sociales » afin de représenter les résultats à long terme d'une collectivité-amie des aînés.

^a Un degré élevé d'accord a été attribué aux indicateurs ayant obtenu une note de 89,5 % ou plus pour les deux critères. Le degré moyen d'accord correspondait aux indicateurs qui avaient obtenu au moins 79,5 % pour les deux critères mais moins de 89,5 % pour au moins un critère. Un faible degré d'accord a été attribué aux indicateurs qui avaient obtenu moins de 79,5 % pour au moins un des deux critères. Ces valeurs de classification ont permis de créer des catégories qui équivalent approximativement à des tertiles, en donnant un poids égal à la capacité d'être mis en pratique et à la faisabilité.

TABLEAU 2
Caractéristiques des répondants aux sondages de consultation n° 1 et n° 2 ayant servi à la sélection d'indicateurs pour l'évaluation des collectivités-amies des aînés au Canada

Caractéristiques	Proportion des répondants (%)	
	Consultation n° 1 (n = 191)	Consultation n° 2 (n = 49)
Sexe		
Femme	70	80
Homme	29	17
Non indiqué	2	2
Groupe d'âge (ans)		
Moins de 55	59	37
55 à 64	28	35
65 à 74	11	17
75 et plus	1	7
Préfère ne pas répondre	2	4
Langue du sondage		
Anglais	61	92
Français	39	8
Groupe d'intervenants^a		
Aîné (55 ans ou plus)	36	45
Membre d'une famille comptant un aîné ou aidant d'un aîné	21	21
Fournisseur de services de santé ou de services sociaux	11	23
Fournisseur de services de transport, de services de logement ou d'autres services communautaires	13	17
Décideur ou responsable de l'élaboration des politiques	17	28
Éducateur ou chercheur	11	23
Employé municipal	45	32
Représentant élu	11	11
Membre ou dirigeant d'un groupe de planification communautaire favorable aux aînés	—	47
Membre d'un autre groupe communautaire relatif aux aînés	—	34
Autre	16	13
Préfère ne pas répondre	—	—
Expérience ou connaissance des initiatives amies des aînés		
Aucune expérience ou aucune connaissance	2	2
Expérience ou connaissance limitée	48	34
Vaste connaissance ou expérience des initiatives amies des aînés	49	62
Préfère ne pas répondre	1	2
Province ou territoire		
Terre-Neuve-et-Labrador	10	9
Île-du-Prince-Édouard	1	—
Nouvelle-Écosse	12	6
Québec	39	13
Ontario	10	23
Manitoba	9	13
Saskatchewan	1	2
Alberta	5	9
Colombie-Britannique	13	26
Taille de la collectivité		
Petite agglomération, regroupant entre 1 000 et 29 999 habitants	65	51
Agglomération moyenne, regroupant entre 30 000 et 99 999 habitants	9	15
Grande agglomération, regroupant au moins 100 000 habitants	23	32
Préfère ne pas répondre	3	2

Remarque : Les chiffres étant arrondis, il se peut que la somme des pourcentages ne soit pas égale à 100 %.

^a Les répondants pouvaient faire partie de plusieurs groupes d'intervenants.

mis en pratique » et de leur « faisabilité », conformément aux définitions données ci-dessous.

Pour qu'un indicateur ait la capacité d'être mis en pratique, il doit être soumis à l'influence de la collectivité locale ou régionale, du gouvernement ou du secteur privé et subir des modifications en réponse à une action. Ce critère a été utilisé à la réunion du groupe chargé de l'élaboration d'indicateurs pour les villes-amies des aînés à l'échelle mondiale⁵⁰ ainsi que par l'Équipe de développement des indicateurs de blessure au Canada⁵¹. Il rejoint également la notion de capacité de changement (*changeability*) de Daniel⁵².

Pour qu'un indicateur obtienne sa mention de « faisabilité », il faut que les données qui s'y rapportent soient mesurables (p. ex. données administratives ou provenant d'un sondage) ou descriptibles (p. ex. photo ou histoire) de manière réaliste, sans obstacle à leur collecte ou à leur utilisation. Ces données doivent être utilisables pour enrichir et rendre concrets les résultats d'un programme⁵³. Les méthodes de collecte de données doivent être simples et现实的⁵².

En raison de la lassitude observée chez les répondants lors du premier sondage, les choix de réponse du second sondage ont été restreints à « oui », « non » et « je ne sais pas ou je n'ai pas d'opinion ». Deux questions portant sur les méthodes favorites de collecte de données et la conception d'un guide produit par l'ASPC ont aussi été incluses dans cette consultation.

Ce second sondage a été transmis, au moyen de la plateforme de sondage en ligne, aux 93 participants du premier sondage intéressés à participer à une consultation subséquente et 49 d'entre eux y ont répondu (taux de réponse de 52 %). Comme l'illustre le tableau 2, 80 % des répondants étaient des femmes, et 92 % d'entre eux ont répondu en anglais. La plupart des régions du Canada et un vaste éventail de groupes d'intervenants étaient représentés.

Nous avons calculé la proportion de répondants approuvant la faisabilité d'un indicateur donné et sa capacité à être mis en pratique. Trois catégories ont été créées afin de regrouper les indicateurs selon ces deux critères : un degré élevé d'accord pour ceux ayant obtenu une note de

89,5 % ou plus pour les deux critères, un degré moyen d'accord pour ceux ayant obtenu 79,5 % ou plus pour les deux critères mais moins de 89,5 % pour l'un des deux et enfin un faible degré d'accord pour ceux ayant obtenu moins de 79,5 % pour au moins un des deux critères. Ces valeurs de classification ont permis de créer des catégories équivalant approximativement à des tertiles et accordant un poids égal à la capacité d'être mis en pratique et à la faisabilité.

Au total, 38 indicateurs ont obtenu un degré élevé d'accord, 47 indicateurs, un degré moyen d'accord et 24 indicateurs, un faible degré d'accord.

Indicateurs

Nous avons établi la liste définitive d'indicateurs (tableau 1) en combinant le degré d'accord, la fréquence des références au concept dans les publications évaluées par les pairs et dans la littérature grise, la concordance perçue avec les indicateurs proposés par l'OMS et le fait que l'indicateur soit ou non une mesure d'impact.

Les quatre indicateurs de résultats liés à la santé et aux conditions sociales à long terme ont tous été retenus, en raison de leur concordance avec le cadre alors proposé par l'OMS. Une liste définitive de 43 indicateurs a ainsi été obtenue. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 3 par domaine et par thème à l'intérieur de chaque domaine.

Les répondants ont également été invités à faire part de leurs suggestions au sujet de l'élaboration d'un guide ou d'un outil d'évaluation de leurs initiatives amies des aînés. Les thèmes suivants sont ressortis de l'analyse de leurs réponses :

- L'outil doit inclure des définitions et des critères clairs pour mesurer les indicateurs, il doit demeurer souple et s'adapter aux caractéristiques de chaque collectivité et il doit également intégrer le plus possible de mesures du comportement.
- Les résultats doivent conduire à agir à l'échelle locale.
- Des résultats à long terme doivent être intégrés.

- Le coût des évaluations ne devrait pas constituer un obstacle (ce qui soulève la question de la capacité des collectivités, sur le plan des ressources humaines et financières, à mener des évaluations).

Dans le second sondage de consultation, les répondants étaient invités à formuler des suggestions sur les types de méthodes de collecte de données les plus pratiques pour l'évaluation des initiatives amies des aînés. Moins de 60 % d'entre eux ont dit considérer les méthodes suivantes comme étant « très pratiques » ou « pratiques » : entrevues en personne (54 %), entrevues téléphoniques (51 %), récits (58 %) et photographies ou enregistrements vidéo (56 %). Toutes les autres méthodes ont été considérées comme étant « très pratiques » ou « pratiques » par au moins 75 % des répondants (questionnaire en ligne, questionnaire sur papier, observations et vérifications, information recueillie à d'autres fins, données administratives, recours à l'analyse de données secondaires). Les méthodes jugées les plus pratiques ont été les discussions en groupe (100 %), les questionnaires sur papier (91 %) et l'utilisation de données administratives (87 %).

Les résultats des deux consultations ont été synthétisés, traduits en français et diffusés à l'ensemble des participants.

À partir de l'information fournie par les sondages de consultation et les conseils formulés par le Groupe de référence sur les collectivités-amies des aînés, on a défini un éventail de mesures susceptibles de constituer des outils pour les collectivités souhaitant inclure des indicateurs de convivialité à l'égard des aînés dans leurs activités d'évaluation. On a associé à chaque indicateur une ou plusieurs des cinq méthodes de mesure potentielles : outils d'évaluation, outils d'accessibilité, données disponibles, inventaires de programmes et enquêtes. Des méthodes qualitatives comme quantitatives ont été incluses. Des outils et des données disponibles ont été répertoriés à l'intention des collectivités souhaitant évaluer leurs activités. Par la suite, un guide convivial, le *Guide d'évaluation pour les collectivités-amies des aînés* (disponible sur le site de l'ASPC à <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/indicators-indicateurs-fra.php>), a été élaboré afin de faire connaître aux collectivités intéressées les divers

TABLEAU 3
Liste d'indicateurs pour les collectivités-amies des aînés

Domaine	Thème	Indicateur
1 Espaces extérieurs et bâtiments	Potentiel piétonnier	1. Nombre d'aires de repos et distance entre elles. 2. Nombre de toilettes accessibles. 3. Passages piétonniers sécuritaires (p. ex. temps adéquat pour traverser, passages piétonniers en sections courantes, haltes aux terre-pleins d'intersection, bonne visibilité). 4. Trottoirs, sentiers et voies piétonnières existants et en bon état (p. ex. larges, bien éclairés et exempts de glace et de neige, surfaces régulières, rampes d'accès, voies cyclables distinctes).
	Accessibilité réelle et perçue	5. Les bâtiments publics disposent d'accès adéquats et la circulation à proximité des bâtiments est facile (p. ex. porte d'accès au rez-de-chaussée, entrée à niveau, rampes d'accès pour fauteuils roulants, portes automatiques, couloirs assez larges pour permettre le passage de scooters et de fauteuils roulants).
	Blessures	6. Nombre de chutes et autres blessures subies par des aînés (dans des lieux publics).
	Prévention du crime	7. Disponibilité de stratégies, de cours et de programmes de prévention du crime s'adressant aux aînés (visant notamment la fraude et la violence envers les aînés).
2 Transports	Options de transport et transport en commun	8. Disponibilité d'une variété de services de transport abordables (p. ex. partenariats publics/privés, programme de conducteurs bénévoles, « parc-o-bus », « stationnez et partez », navettes). 9. Proportion (ou nombre) d'autobus accessibles et propres, dont la destination et le numéro sont clairement indiqués. 10. Arrêts d'autobus et abribus sécuritaires et faciles d'accès (p. ex. comportant des places assises, bien éclairés, recouverts, déneigés, à proximité des résidences pour aînés). 11. Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont accès au transport en commun et qui l'utilisent.
	Rues et stationnements conviviaux à l'égard des aînés	12. La signalisation et le marquage des rues sont clairs et appropriés. 13. Les parcs et les espaces de stationnement sont déglaçés et déneigés.
	Disponibilité en logement	14. Disponibilité de logements abordables qui sont bien conçus, bien construits, bien situés et sécuritaires, et pour lesquels les temps d'attente sont courts. 15. Disponibilité d'options de logements multifonctionnels et d'options de logements pour vieillir chez soi qui sont abordables.
3 Logement	Programmes de logement et ressources	16. Disponibilité de programmes visant à améliorer l'accès, la sécurité et les possibilités d'adaptation des logements (p. ex. mains courantes, rampes, détecteurs de fumée). 17. Existence d'une ressource dressant la liste des services d'entretien de logement, des services de soutien et des services de soins à domicile pour aînés.
	Capacité de vieillir chez soi	18. Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui désirent demeurer dans leur résidence actuelle et qui sont confiantes qu'elles auront les moyens financiers de le faire.
	Informations sur le soutien au logement	19. Connaissance des programmes de suppléments au loyer ou autres programmes s'adressant aux aînés (p. ex. prêts au logement).
	Participation à des activités sociales	20. Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus qui participent à des activités sociales au moins une fois par semaine (p. ex. rencontres avec amis ou voisins; activités civiques, spirituelles ou culturelles; travail ou bénévolat).
4 Participation au tissu social	Occasions de participation	21. Disponibilité de programmes d'apprentissage ou de loisirs s'adressant spécifiquement aux aînés (p. ex. cours d'informatique, jardins communautaires, artisanat, jeux, cours d'activité physique). 22. Disponibilité de programmes de loisirs et de programmes sociaux intergénérationnels. 23. Possibilités de s'engager avec des personnes de tous âges par l'entremise d'activités sociales, culturelles, spirituelles et de loisirs. 24. Programmes de loisirs pour aînés qui sont abordables.
	Accessibilité des occasions de participation	25. Les lieux publics où se déroulent les activités communautaires sont accessibles (p. ex. toilettes adaptées, rampe d'accès, bon éclairage, contrôle de la température).
	Existence d'activités intergénérationnelles	26. Existence d'activités familiales intergénérationnelles.
5 Respect et inclusion sociale	Sentiment d'appartenance	27. Niveau de sentiment d'appartenance à la collectivité.
	Chômage et emploi	28. Taux de chômage et d'emploi parmi les aînés.
	Formation et soutien	29. Existence de soutien aux bénévoles (p. ex. formation, transport, remboursement des dépenses, témoignage de reconnaissance). 30. Disponibilité de formations visant l'adaptation du milieu de travail pour répondre aux besoins des aînés.
	Accessibilité	31. Les assemblées et les immeubles municipaux sont faciles d'accès.

Suite page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Liste d'indicateurs pour les collectivités-amies des aînés

Domaine	Thème	Indicateur
7 Communication et information	Assistance disponible	32. Aide offerte aux aînés pour remplir des formulaires. 33. Possibilité de parler à une personne lors d'appels téléphoniques.
	Facilité d'utilisation des documents d'information	34. Les documents destinés au public sont imprimés en gros caractères, utilisent un langage simple et/ou sont conçus en tenant compte des besoins des aînés.
8 Soutien communautaire et services de santé	Médecin de famille	35. Proportion des aînés ayant un médecin de famille.
	Services de santé de soutien	36. Disponibilité de programmes de prévention liés aux questions de santé très pertinentes pour les aînés. 37. Disponibilité de soins et de soutien en fin de vie pour les aînés, leurs familles et les aidants naturels.
	Services communautaires	38. Disponibilité de programmes alimentaires à bas prix (p. ex. popote roulante, service de repas à domicile, banque alimentaire). 39. Aide offerte pour les activités de la vie quotidienne (p. ex. jardinage, magasinage, déneigement, collecte des déchets).
Résultats liés à la santé et aux conditions sociales des aînés	Qualité de vie liée à la santé	40. Niveau de qualité de vie liée à la santé.
	Satisfaction à l'égard de la vie	41. Niveau de satisfaction à l'égard de la vie en général.
	Solitude	42. Niveau de solitude.
	Satisfaction à l'égard des rapports sociaux	43. Niveau de satisfaction à l'égard des rapports sociaux.

Remarque : Les 43 indicateurs décrits dans le *Guide d'évaluation pour les collectivités-amies des aînés* sont énumérés dans ce tableau. Les collectivités peuvent utiliser cette liste comme un menu à partir duquel elles sélectionnent les indicateurs les plus pertinents pour leurs activités amies des aînés.

indicateurs, les méthodes de mesure suggérées et les outils utiles.

Analysis

Notons que les listes initiales d'indicateurs ont été fondées sur la littérature sur les CAA disponible en 2012, au moment de l'enclenchement du processus. Il apparaissait alors clairement que les publications évaluées par les pairs et la littérature grise au sujet des CAA présentaient les limites suivantes : attention insuffisante portée aux populations spéciales (groupes ethniques, membres des Premières Nations et personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres ou en questionnement [LGBTQ]), recours massif aux groupes de discussion pour obtenir une rétroaction de la collectivité (ce qui peut désavantager les personnes ayant des problèmes de mobilité), absence de prise en compte des environnements spécialisés (dont les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les hôpitaux) et faible accent mis sur l'intégration et la cohésion familiale en tant qu'éléments essentiels de la convivialité des villes à l'égard des aînés.

Depuis lors, la littérature sur les CAA s'est considérablement développée. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'OMS a entrepris une démarche en vue de déterminer des indicateurs de base à l'intention du Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés en 2011,

peu après le lancement par l'ASPC du projet décrit dans cet article, et elle a publié un guide en 2015⁵⁴. Les indicateurs proposés par l'OMS sont considérablement proches de ceux proposés par l'ASPC, ce qui n'est pas étonnant dans la mesure où les deux projets ont pris appui l'un sur l'autre et ont été élaborés en parallèle. Leurs concepts communs sont notamment le potentiel piétonnier, l'accessibilité des lieux publics et des immeubles, du transport en commun et des véhicules ainsi que des arrêts des véhicules de transport en commun, la disponibilité en logements abordables, la participation à des activités bénévoles, à un travail rémunéré et à des activités socioculturelles, la disponibilité d'information, de services de santé et de services sociaux et enfin la qualité de vie. Dans une synthèse réaliste récente de la convivialité concrète des villes à l'égard des aînés du Réseau européen des villes-santé, les huit domaines de l'OMS ont été répartis en trois groupes : environnement physique, environnement social et services municipaux⁵⁵. Les chercheurs ont synthétisé de manière concrète les contextes, les interventions, les résultats à court, à moyen et à long terme et le but des programmes amis des aînés. Là encore, les concepts qu'ils ont définis à partir des programmes existants et à l'aide de données sur des villes européennes concordent fortement avec ce qui a été élaboré grâce au processus que nous avons suivi, ce qui renforce la valeur de nos résultats et montre la transférabilité de

nos conclusions au contexte des autres pays occidentaux.

Points forts et limites

La démarche que nous décrivons dans cet article visait à produire un ensemble d'indicateurs adaptés au contexte canadien et à la fois acceptables et utiles pour les collectivités qui mettent en place des initiatives amies des aînés. Différentes méthodes ont donc été adoptées afin que notre démarche soit solide et de grande qualité. L'étape initiale – la revue de la littérature et la détermination d'indicateurs potentiels – a fait appel à des méthodes qualitatives. La crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la constance interne de cette première étape étaient essentielles à notre démarche⁵⁶.

- La crédibilité des analyses s'appuie sur l'expertise de l'équipe de recherche en matière d'analyses qualitatives, l'examen du codage réalisé par l'équipe de recherche et la définition par consensus des concepts à regrouper en un indicateur.
- La transférabilité à d'autres pays comparables à ceux décrits dans notre revue de la documentation est probable. Toutefois, les indicateurs déterminés ne sont pas transférables à des pays non occidentaux ou à des pays à revenu intermédiaire ou faible.

- La fiabilité est soutenue par la description de nos méthodes d'identification des concepts d'indicateur au moyen de démarches déductives et inductives.
- La constance interne repose sur la triangulation, la participation de plusieurs chercheurs en recherche qualitative à la revue de la documentation et la prise de notes détaillées tout au long de la détermination et de la simplification des listes initiales d'indicateurs.

Plusieurs facteurs restreignent la possibilité de généraliser les conclusions des deux sondages de consultation. Tout d'abord, les consultations ont été menées auprès d'intervenants reconnus mais qui ne forment peut-être pas un échantillon représentatif des personnes intéressées par les questions relatives aux aînés ou l'adaptation à leurs besoins. Nous n'avons par exemple pas consulté la population en général, et les intervenants connaissaient dans une mesure plus ou moins étendue les initiatives amies des aînés. Peu de répondants avaient plus de 75 ans, et peu d'entre eux ont indiqué appartenir à une minorité visible. Notre échantillon ne comprenait pas de membres de la société les plus vulnérables et les plus marginalisés, en particulier les personnes itinérantes, à faible revenu, atteintes de démence, vivant en établissement ou n'ayant pas accès à Internet.

En outre, les taux de réponse à chacun des sondages étaient plutôt faibles et, en conséquence, le nombre final de répondants s'est révélé limité. Enfin, une tendance à la lassitude a été remarquée chez les répondants : la proportion de données manquantes augmentait vers la fin des deux sondages, et quelques participants ont indiqué que les sondages étaient trop longs. Les réponses ont été examinées visuellement en vue de repérer d'éventuels biais dans les réponses (par exemple, des répondants qui inscriraient la même réponse à toutes les questions), mais aucune tendance n'a émergé à cet égard.

Le fait que les définitions des deux critères (capacité d'être mis en pratique et faisabilité) incluaient plusieurs concepts a pu entraîner de la confusion chez certains répondants du second sondage et a été une source d'incertitude dans l'interprétation des résultats. Si un répondant a inscrit qu'un indicateur avait une « capacité élevée d'être mis en œuvre », on ne sait pas avec certitude si c'est parce qu'il estimait

que l'ordre de gouvernement approprié était impliqué ou parce que l'indicateur pouvait s'adapter à un changement de politique, à un nouveau programme ou à une nouvelle activité. De même, si un indicateur a été évalué comme étant « très faisable », le répondant voulait-il dire que les données étaient à la fois qualitatives et quantitatives, ou que les données pouvaient être recueillies facilement? Au cours de consultations futures, ces critères devraient être séparés afin qu'un seul élément soit évalué par question.

Conclusion

De plus en plus de collectivités mettent en place des projets amis des aînés à l'échelle du Canada, et bon nombre d'entre elles sont prêtes à procéder à l'évaluation de leurs activités. Il existe un vif intérêt à partager des outils de mesure des progrès réalisés dans l'adaptation aux besoins des aînés, ce qui constitue le cinquième jalon pancanadien des CAA. Dans cet article, nous avons décrit la démarche suivie par l'ASPC dans le but de définir et de sélectionner des indicateurs potentiels pour les CAA. À partir d'une liste initiale de 241 indicateurs, nous sommes parvenus à une liste de 43 indicateurs, sur la base de leur capacité à être mis en pratique et de leur faisabilité.

Remerciements

Nous aimerais souligner les contributions de Danielle Maltais et de Dawn Nickel à ce projet.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Guide mondial des villes-amies des aînés. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2007.
2. Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2009.
3. Agence de la santé publique du Canada. Collectivités-amies des aînés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015 [mise à jour le 29 mars 2016; consultation le 24 avril 2016]. Consultable en ligne à la page : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniorsaines/afc-caa-fra.php>
4. Bauer G, Davies JK, Pelikan J, Noack H, Broesskamp U, Hill C. Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development: proposal from the EUHPID consortium. Eur J Public Health. 2003;13(suppl 3):107-113.
5. Brown D. Good practice guidelines for indicator development and reporting. Third World Forum on 'Statistics, Knowledge and Policy' Charting Progress, Building Visions, Improving Life, 2009 Oct 27-30, Busan, Korea. Wellington (NZ) : Statistics New Zealand; 2009.
6. Betancourt MT, Roberts KC, Bennett TL, Driscoll ER, Jayaraman G, Pelletier L. Surveillance des maladies chroniques au Canada : Cadre conceptuel d'indicateurs des maladies chroniques. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2014;34 suppl. 1:1-33.
7. Beaulieu M, Garon S. Le projet « Villes amies des aînés » de l'OMS : un modèle international ayant fait l'objet d'une étude pilote à Sherbrooke, Québec - Quelques constats pour améliorer les conditions de vie des Québécois aînés dans nos villes. Mémoire présenté à la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Québec (Qc) : Gouvernement du Québec; 2007.
8. Menec V, Button C, Blandford A. Age-friendly communities in Manitoba. Report on survey findings. Winnipeg (MB) : Centre on Aging, University of Manitoba; 2008.
9. Ville d'Ottawa. Résultats des consultations du sommet sur les aînés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Ville d'Ottawa; [consultation le 24 avril 2016]. Consultable en ligne à la page : <http://ottawa.ca/fr/resultats-des-consultations>
10. Wiley M. Niagara age-friendly community initiative: year 1. 2010-2011 evaluation report. St. Catharines (Ont.) : Niagara Research and Planning Council; 2011.
11. Saskatoon Council on Aging. Age-friendly Saskatoon initiative: findings report. Saskatoon (SK) : Saskatoon Council on Aging; 2011.

12. AdvantAge Initiative. Indicators list: essential elements of an elder friendly community [Internet]. New York (NY) : The AdvantAge Initiative; 2015 [consultation le 24 avril 2016]. PDF téléchargeable à partir du lien : <http://www.vnsny.org/advantage/indicators.pdf>
13. Kihl M, Brennan D, Gabhwala N, List J, Mittal P. Livable communities: an evaluation guide. Washington (DC) : AARP; 2005.
14. Clemson L, Manor D, Fitzgerald M. Behavioral factors contributing to older adults falling in public places. OTJR. 2003;23(3):107-117. doi: 10.1177/153944920302300304.
15. Gallagher N, Gretebeck KA, Robinson JC, Torres ER, Murphy SL, Martyn KK. Neighborhood factors relevant for walking in older, African American adults. J Aging Phys Act. 2010;18(1): 99-115.
16. Hoehner C, Ivy A, Ramirez LK, Handy S, Brownson RC. Active neighborhood checklist: a user-friendly and reliable tool for assessing activity friendliness. Am J Health Promot. 2007;21(6): 534-537.
17. Hooker SP, Cirill L, Wicks L. Walkable neighborhoods for seniors: the Alameda County experience. J Appl Gerontol. 2007;26:157-181. doi: 10.1177/0733464807299997.
18. Michael YL, Green MK, Farquhar SA. Neighborhood design and active aging. Health Place. 2006;12:734-740.
19. Resnick B, King A, Riebe D, Ory M. Measuring physical activity in older adults: use of the Community Health Activities Model Program for Seniors Physical Activity Questionnaire and the Yale Physical Activity Survey in three behavior change consortium studies. West J Nurs Res. 2008;30(6): 673-689. doi: 10.1177/0193945907311320.
20. Shendell DG, Johnson ML, Sanders DL et collab. Community built environment factors and mobility around senior wellness centers: the concept of "safe senior zones". J Environ Health. 2011;73(7):9-18.
21. National Association of Area Agencies et collab. The maturing of America: getting communities on track for an aging population. Washington (DC) : National Association of Area Agencies on Aging; 2006.
22. Creating an age-friendly NYC one neighborhood at a time: a toolkit for establishing an age-friendly neighborhood in your community. New York (NY) : The New York Academy of Medicine; 2012. Joint publication of the Age-Friendly NYC.
23. Thomas P. Let us in : why southern Nevada needs visitable homes. Desert Companion. 2011 Jan 27-30;62.
24. Modlich R. Age-friendly communities: a women's issue. Women and Environments International Magazine. 2011;84/85.
25. Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure R. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. London (UK) : The Cochrane Collaboration, John Wiley and Sons Ltd; 2009.
26. Arrif T, Rioux L. Les pratiques des espaces verts urbains par les personnes âgées. L'exemple du parc de Bercy. Pratiques psychologiques. 2011; 17:5-17.
27. Pochet P, Corget R. Entre « automobilité », proximité et sédentarité, quels modèles de mobilité quotidienne pour les résidents âgés des espaces périurbains? Espace Populations Sociétés. 2010;1:69-81.
28. Broome K, Nalder E, Worrall L, Boldy D. Age-friendly buses? A comparison of reported barriers and facilitators to bus use for older and younger adults. Australas J Ageing. 2010;29(1):33-38.
29. Everingham J, Petriwskyj A, Warburton J, Cuthill M, Bartlett M. Information provision for an age-friendly community. Ageing Int. 2009;34:79-98. doi: 10.1007/s12126-009-9036-5.
30. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. Public Health. 2001;115: 308-16.
31. Wennberg H, Hyden C, Stahl A. Barrier-free outdoor environments: older peoples' perceptions before and after implementation of legislative directives. Transp Policy. 2010;17(6): 464-74. doi: 10.1016/j.tranpol.2010.04.013.
32. McGarry P, Morris J. A great place to grow older: a case study of how Manchester is developing an age-friendly city. Working with Older People. 2011;15(1):38-46.
33. Doyle V, Gallagher E. Creating an age-friendly business in BC. Vancouver (BC) : BC Chamber of Commerce; 2011.
34. Gerotech Research Associates. Age-friendly British Columbia: lessons learned from October, 2007 - September, 2010. Submitted to Seniors Healthy Living Secretariat, Ministry of Healthy Living and Sport. Victoria, BC : Gerotech Research Associates; 2010.
35. Mahaffey R. Planning for the future: age-friendly and disability-friendly official community plans. Richmond (BC) : Union of BC Municipalities; 2010.
36. Provincial Health Services Authority. Indicators for a healthy built environment in BC. Vancouver (BC) : Provincial Health Services Authority; 2008.
37. Stepaniuk JA, Tuokko H, McGee P, Garrett DD, Benner EL. Impact of transit training and free bus pass on public transportation use by older drivers. Prev Med. 2008;47(3):335-337.
38. Gagnon L, Savoie A. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés : Préparons l'avenir avec nos aînés. Québec (Qc) : Gouvernement du Québec, ministère de la Famille et des Aînés; 2008.
39. Martin V. Municipalité amie des aînés. Favoriser le vieillissement actif au Québec. Québec (Qc) : Gouvernement du Québec, ministère de la Famille et des Aînés; 2009.
40. Ministère de la Famille et des Aînés. Municipalité amie des aînés. Programme de soutien. Québec (Qc) : Gouvernement du Québec; 2012.

41. Rochman J, Tremblay DG. Le soutien à la participation sociale des aînés et le programme « ville amie des aînés » au Québec. Note de recherche de l'Alliance de recherche université-communauté sur la gestion des âges et des temps sociaux, Télé-université/Université de Québec à Montréal. Montréal (Qc) : Université du Québec; 2010.
42. Lockett D, Willis A, Edwards N. Through seniors' eyes: an exploratory qualitative study to identify environmental barriers to and facilitators of walking. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 2005; 37(3):48-65.
43. Ministère des Affaires municipales et du Logement et l'Institut des planificateurs professionnels de l'Ontario. L'aménagement créatif. Toronto (Ont.) : Institut des planificateurs professionnels de l'Ontario; 2009.
44. Lee KK. Fit cities: how active design can build healthier and more sustainable communities. Vancouver (BC) : Active Design Leadership Institute; 2010. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.ncchpp.ca/docs/CLASP_24Nov2010_KarenLee.pdf
45. Menec VH, Means R, Keating N, Parkhurst G, Eales J. Conceptualizing age-friendly communities. *La Revue canadienne du vieillissement*. 2011;30: 479-493.
46. Agence de la santé publique du Canada. Pour bien communiquer avec les aînés : faits, conseils et idées. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2010.
47. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Indicateurs propres au vieillissement de la population à l'intention des collectivités. Le Point en recherche. Ottawa (Ont.) : Société canadienne d'hypothèques et de logement; 2008.
48. Hayes MV, Willems SM. Healthy community indicators: the perils of the search and the paucity of the find. *Health Promot Int*. 1990;5(2):161-166. doi: 10.1093/heapro/5.2.161.
49. Boyatzis RE. Transforming qualitative information : thematic analysis and code development. Thousand Oaks (CA) : Sage; 1998.
50. World Health Organization Age-Friendly Indicator Development Group. Meeting summary: Developing indicators for the global age-friendly cities. August 30-31, 2012; St. Gallen (CH). Geneva (CH) : WHO; 2012.
51. Équipe de développement des indicateurs de blessure chez les enfants et les jeunes au Canada. Mesurer les blessures est important : indicateurs de blessure chez les enfants et les jeunes au Canada, volume 1. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Injury Research and Prevention Unit; 2010.
52. Daniel M. Rating health and social indicators for use with indigenous communities: a tool for balancing cultural and scientific utility. *Soc Indic Res*. 2009;(94):241-256.
53. USAID Center for Development Information and Evaluation. Selecting performance indicators. Performance monitoring and evaluation TIPS. Washington (DC) : United States Agency for International Development; 1996;(6):1-4.
54. Organisation mondiale de la Santé. Mesurer la convivialité des villes à l'égard des aînés : guide pour l'utilisation d'indicateurs de base. Genève (CH) : OMS; 2015.
55. Jackisch J, Zamaro G, Green G, Huber M. Is a healthy city also an age-friendly city? *Health Promot Int*. 2015;30 Suppl 1:i108-117. doi : 10.1093/heapro/dav039.
56. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park (CA) : Sage Publications; 1985.