



HAL
open science

Adaptation des territoires au vieillissement

Jean-Philippe Viriot Durandal, Thibauld Moulaert, Marion Scheider, Suzanne Garon, Mario Paris

► **To cite this version:**

Jean-Philippe Viriot Durandal, Thibauld Moulaert, Marion Scheider, Suzanne Garon, Mario Paris. Adaptation des territoires au vieillissement. *Retraite et société*, 2018, 79 (1), pp.17-41. 10.3917/rs1.079.0017 . halshs-02064484

HAL Id: halshs-02064484

<https://shs.hal.science/halshs-02064484v1>

Submitted on 11 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Adaptation des territoires au vieillissement : politiques publiques et formes d'agencement démocratique

Les exemples de la France et du Québec

Jean-Philippe Viriot Durandal, Thibault Moulaert, Marion Scheider, Suzanne Garon, Mario Paris

Jean-Philippe Viriot Durandal

Professeur des Universités en sociologie

Université de Lorraine, Laboratoire 2L2S

Président du REIACTIS

Thibault Moulaert

Maitre de conférences en sociologie

Univ. Grenoble Alpes, CNRS, Sciences Po Grenoble*, Pacte, 38000 Grenoble, France

* School of Political Studies Univ. Grenoble Alpes

Membre du REIACTIS

Marion Scheider

Doctorante, Université de Lorraine, Laboratoire 2L2S

Membre du REIACTIS

Suzanne Garon

Professeure titulaire à l'École de travail social

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Membre du REIACTIS

Mario Paris

Professeur adjoint à l'École de travail social

Université de Moncton, Nouveau-Brunswick, Canada

Membre du REIACTIS

Résumé

La prise en compte des aînés dans l'adaptation des territoires au vieillissement de la population occupe aujourd'hui une place croissante dans les débats publics. Pour autant, quelle est la place réellement accordée aux plus âgés dans les institutions ou dans la construction des politiques publiques ? En fonction des contextes, comment s'organise la mise en œuvre de méthodes participatives dans les territoires ?

Pour répondre, nous comparons dans une double-focale, les modèles français et québécois d'adaptation des territoires au vieillissement. Nous étudions tout d'abord les schémas institutionnels de consultation des personnes âgées de part et d'autre de l'Atlantique. Ensuite, nous portons notre attention sur l'application, dans les deux modèles, du programme international des Villes amies des aînés (VADA) initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'intérêt de ce programme réside dans la possibilité d'établir une comparaison internationale à partir d'un même protocole participatif.

Au fil de la démonstration, se dessinent progressivement deux formes d'agencement démocratique de la place des aînés dans les politiques d'adaptation des territoires au vieillissement. En France, les niveaux centraux et locaux se déconnectent et la démarche VADA s'organise selon les ressources et les intérêts de ses porteurs locaux. Au Québec, la démarche VADA reflète une approche intégrée qui connecte les niveaux centraux et locaux et prend en compte systématiquement la parole des aînés.

Mots clés

Citoyenneté et vieillissement ; adaptation des territoires au vieillissement ; « villes amies des aînés » ; comparaison internationale ; France ; Québec

Keywords

Ageing and citizenship ; community and place ; community-based intervention ; « Age-friendly cities »; international comparison ; France ; Quebec

Aborder la question du vieillissement par le prisme du territoire invite à s'interroger sur la place qu'occupe, dans un espace social donné, l'individu vieillissant. Cette question laisse apparaître des réponses distinctes en fonction de l'angle d'analyse privilégié. Tant les approches de la sociologie francophone du vieillissement (Caradec, 2012 ; Hummel, Mallon, Caradec, 2014) que la *Critical Gerontology* anglophone (Grenier, 2012 ; Phillipson & Dannefer, 2010) distinguent deux orientations générales. La première s'intéresse aux politiques publiques qui structurent l'action et les pratiques sociales (approche « par le haut ») ; la seconde, qui a opéré le tournant réflexif/herméneutique des sciences sociales à partir des années 1990 (Dosse, 1997), privilégie une « sociologie de l'individu », dans laquelle le vieillissement fait l'objet d'une approche « par le bas », concentrée sur l'intimité du vécu des parcours, des usages, du sens et des représentations en fonction de l'avancée en âge.

Dans le cadre de cet article, nous mobilisons une sociologie des politiques du vieillissement, entendues comme « structuration plus ou moins raisonnée, coordonnée et projective des interventions publiques visant à accompagner les processus d'avancée en âge » (Viriot Durandal, 2016, p. 39). Une telle position tente alors de relier plutôt que d'opposer les deux approches « par le haut » et « par le bas » ou, à tout le moins, de montrer comment leur articulation peut aujourd'hui s'expérimenter dans l'action publique.

Pour cela, les politiques publiques qui mettent en lien les questions de « territoires » (ou de *community* en anglais) avec celles du « vieillissement » offrent un terrain particulièrement propice. Ceci d'autant plus que la sociologie des politiques publiques en France s'est assez peu penchée sur la place des personnes âgées dans l'action publique au niveau des territoires (Argoud, 2012 ; Viriot Durandal, Pihet & Chapon, 2012) et leur présence dans les politiques locales, mis à part de rares travaux au niveau départemental (Argoud, 1998) ou à l'échelon municipal (Gucher, 1998).

Il s'agit de déplacer la focale au-delà des seules interactions avec les politiques structurelles que portent les acteurs centraux, qu'il s'agisse des piliers de la sécurité sociale ou des budgets de l'État dans le domaine du vieillissement (Guillemard & Viriot Durandal, 2015).

Notre intérêt s'est porté sur deux contextes politiques considérés *a priori* comme antagonistes : un état fortement centralisé (la France) face à une province dans un système fédéral (le Québec). Partant de l'idée que ces deux modèles politiques pouvaient avoir un effet sur la conception de l'articulation entre les populations âgées et les décisions publiques, nous avons comparé la manière dont étaient agencés les systèmes de consultation dans les politiques du vieillissement, du niveau le plus central au niveau local.

Nous débutons l'analyse du cadre institutionnel par une lecture des dynamiques de démocratisation des processus décisionnels dans les territoires. Pour cela, nous observerons le développement d'une rationalité instrumentale véhiculée par des protocoles et la diffusion de normes intégrant le partage du pouvoir décisionnel dans les relations sociales avec les personnes âgées. C'est la raison pour laquelle notre intérêt porte sur le développement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) du programme « Villes amies des aînés » (VADA) dans les collectivités locales françaises et québécoises. Celui-ci relie en effet les dimensions discursive (cadre et valeurs) et instrumentale (méthode et outils) de la participation des

citoyens âgés aux processus décisionnels et concilie le niveau international (en promouvant une méthode universelle de diagnostic territorial participatif appliquée au vieillissement) et le niveau local (la municipalité, qui représente le premier échelon démocratique). On assiste en effet à partir du milieu des années 2000 au développement des méthodes participatives portées par l'OMS dans le cadre de ce programme VADA.

Le choix de la France et du Québec est renforcé par leurs positionnements respectifs dans ce contexte. Le Canada, et plus particulièrement le Québec, a considérablement œuvré au développement de cette démarche participative avec son application municipale quasi-systématique dans le cadre de l'instauration d'une politique publique spécifique de la province (Lord & Piché, 2018). La France, quant à elle, n'ayant pas développé de cadre d'application ou d'incitation particulier au niveau national a laissé le soin aux acteurs politiques locaux de se structurer et d'intégrer la démarche de l'OMS. C'est ainsi qu'en 2012, un réseau francophone de « villes amies des aînés » s'est créé sous l'impulsion de certaines villes, essentiellement françaises (voir Giacomini & Levebvre dans ce numéro) .

Par cette lecture croisée, ce sont donc plusieurs questions de recherche qui émergent: comment l'action publique intègre-t-elle le point de vue des individus vieillissants ? Comment, l'espace transnational influence-t-il l'action publique dans des contextes nationaux distincts ? Peut-on observer, dans les applications du cadre VADA, des prises en compte de la « parole des vieux » (Argoud & Puijalon, 1999) qui se traduisent jusque dans la transformation des territoires locaux ? C'est en ce sens que nous parlons « d'agencements démocratiques », en référence à l'*agency* des acteurs, qui serait mobilisée (ou pas) dans les rouages de l'action publique territorialisée. Pour répondre à ces questions, l'article propose une démarche en deux temps.

En première partie, nous présentons les concepts clés qui forment l'armature de l'action publique en matière de participation aux décisions publiques. Dans cette section, nous présentons également les méthodes et les données issues du Programme d'études international sur le vieillissement (PEIV) nt.

La deuxième partie développe les cas français et québécois, en articulant respectivement le propos en deux points ; la construction des schémas institutionnels de participation citoyenne des aînés, puis les modalités d'inscription du programme « Villes amies des aînés » (VADA) dans chacun de ces modèles.

CADRAGES ÉPISTÉMOLOGIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Sur le plan théorique, une approche large, inspirée de l'*Environmental gerontology* (Phillipson, 2004), défend une lecture du territoire en tant qu'environnement plus ou moins adapté au vieillissement et

l'interprète comme un espace cristallisant les liens entre « *community* »¹ et individus vieillissants (Fitzgerald & Caro, 2014 ; Garon, Paris, Beaulieu, Veil & Laliberté, 2014 ; Lui, Everingham, Warburton, Cuthill & Bartlett, 2009 ; Menec, Means, Keating, Parkhurst & Eales, 2011). Dans ce cadre, il s'agirait d'identifier la meilleure articulation (ou adéquation) entre l'environnement et la personne, conciliant les facteurs personnels et les conditions sociales (Menec et al., 2011).

Ce cadre théorique est moins présent en France où l'analyse des enjeux théoriques et pratiques reliant territoires et vieillissement est fortement marquée par la sociologie politique et la science politique (Argoud, 2012 ; Viriot Durandal et al., 2012). Cet article tente de mettre en lien les différentes approches en analysant l'expression de la citoyenneté des aînés à partir de leur pouvoir d'agir sur les décideurs politiques et administratifs d'un territoire et leur capacité à se l'approprier. Dans cette approche, nous mobilisons deux dimensions analytiques. Nous appréhendons tout d'abord la citoyenneté à travers des vecteurs théoriques qui inspirent l'action publique et façonnent les cadres législatifs ou institutionnels de l'action sanitaire et sociale dans le champ du vieillissement. D'autre part, nous mobilisons une sociologie de l'action publique à plusieurs échelles (Faure, Leresche, Muller & Nahrath, 2007 ; Giraud, 2015). Cette approche s'inspire d'une lecture interactionniste des circulations entre le niveau local et l'échelle supranationale, dont l'importance est soulignée ici dans la diffusion des normes et référentiels qui participent de la définition des contours de la citoyenneté des aînés (Moulaert & Viriot Durandal, 2013). Une fois ces dimensions développées, nous situerons la méthode et les contours des terrains étudiés dans le cadre de nos travaux.

Cadres d'analyse et développement des approches participatives

Notre lecture s'appuie sur une analyse de l'évolution des cadres structurant les processus démocratiques. Le principe de démocratie participative a balisé la réflexion et structuré les systèmes démocratiques à partir des années 1970. Si elle est apparue suite à des mobilisations spontanées de citoyens pour la défense de causes sociales et environnementales (Gaudin, 2007), on a ensuite assisté à son institutionnalisation progressive au sein de certains dispositifs (conseils, comités, etc.) et à une forme de professionnalisation de la participation citoyenne (Blondiaux, 2008)².

Inspiré par ce principe, le processus de démocratisation des décisions publiques se décline selon deux formes complémentaires. En France, et dans bon nombre d'autres pays démocratiques, on observe une

¹ On parlera de « *community* » en anglais comme d'un équivalent fonctionnel du français « territoire ».

² Sans que cela ne fasse référence aux principes démocratiques, on retrouve des processus similaires dans le développement du « *community building* » dans les domaines sociaux, de la santé et de la recherche en Amérique du Nord (Minkler, 2012).

redistribution verticale du pouvoir à travers des processus de décentralisation. Mais les logiques de démocratisation poursuivent également une dynamique horizontale : les citoyens sont associés aux processus décisionnels sur de nombreux segments de la politique du vieillissement (pension, habitat, transport, etc.), via diverses instances consultatives. La figure du citoyen qui agit sur les cadres législatifs et réglementaires est progressivement complétée par l'affirmation du pouvoir de celle de l'utilisateur. La notion de démocratie sanitaire s'est alors développée dans le discours public, déclinant le principe de démocratie participative dans le secteur sanitaire et social. Didier Tabuteau propose une définition qui souligne bien la complexité et l'étendue du principe de démocratie sanitaire aujourd'hui. Selon lui, elle « identifie de plus en plus souvent les processus de réflexion, de concertation et de décision espérés ou revendiqués pour l'élaboration de la politique de santé [et sociale] » (Tabuteau, 2013, p. 221). Si le principe de démocratie sanitaire a participé de l'émergence des droits individuels des usagers d'établissements sanitaires et sociaux (accès à l'information, libre choix de soins et d'hospitalisation, etc.) (Needham, 2011), il structure également la dimension collective du rapport au droit et à l'action. Le droit des usagers passe alors par la constitution de mécanismes collectifs régissant les interactions entre décideurs politiques, professionnels du secteur sanitaire et social et acteurs de la société civile, afin que ces derniers puissent exercer une influence sur les processus décisionnels. Ce second aspect retient particulièrement notre attention dans cet article.

Précisons également que les politiques instaurées ne sont pas seulement le fruit d'une histoire ou de compétences, nationales pour le cas français, provinciales pour le cas québécois, mais qu'elles s'inscrivent dans un contexte partagé au niveau mondial d'ouverture des processus décisionnels aux populations concernées. Ainsi, le discours sur la participation des personnes âgées aux décisions est aussi le produit d'un cadre d'analyse et de systèmes de valeurs disséminés au niveau international depuis le 1^{er} Sommet mondial sur le vieillissement, organisé à Vienne en 1982 par l'Organisation des Nations Unies (ONU, 1982). Le 2^e Sommet de Madrid, 20 ans plus tard, invite même dans son document final à « tenir compte des besoins et des préoccupations des personnes âgées à tous les niveaux de la prise de décision » en encourageant, « là où il n'en existe pas, à la création d'organisations de personnes âgées à tous les niveaux » et à « prendre les mesures nécessaires pour faciliter la participation, à part entière et sur un pied d'égalité, des personnes âgées » (ONU, 2002, p. 11-12).

Entre ces deux époques, ces exigences ont été rappelées de manière récurrente lors de grandes déclarations internationales en faveur des personnes âgées (ONU, 1991, 1995, 1999), et se retrouvent dans les très nombreux plans d'action et documents de suivi du Sommet de Madrid que nous avons relevés en 2006, 2008, 2010, 2012.

Ces temps forts internationaux interviennent comme des catalyseurs d'initiatives. Ainsi, la création des structures de concertation des retraités et personnes âgées en France intervient en 1982 dans le sillon du 1^{er} sommet sur le vieillissement (Viriot Durandal, 1999). De même, la création de tables régionales

permettant la concertation des organisations et associations d'aînés au Québec fait suite à l'Année internationale des personnes âgées de l'ONU en 1999³.

L'analyse systématique des textes issus de ces agoras internationales à travers l'observation des productions de l'ONU ou de l'OMS (Moulaert & Viriot Durandal, 2013) met en lumière le passage d'une première phase de type « discursif », où les grandes institutions internationales produisent un cadre d'analyse et de valeurs, à une seconde phase de type « instrumental » qui tend à dégager des « bonnes pratiques » pour instrumenter ces grands principes dans l'action politique, tant au niveau central que local. Ce moment marque pour l'OMS le passage de la production du concept de « vieillissement actif » à la formulation d'une méthode opérationnelle en faveur d'une approche participative dans le cadre du diagnostic territorial gérontologique. L'élaboration de cette méthode repose sur une coopération internationale visant à définir un protocole commun d'identification des besoins des aînés, appelé « Protocole de Vancouver » (OMS, 2006). Celui-ci s'est appuyé sur de nombreux *focus groups* organisés auprès de personnes âgées directement, de leurs proches et de professionnels du secteur. Les propos recueillis ont permis de déterminer alors un cadre d'application du vieillissement actif dans les territoires et de dégager les catégories d'acteurs invités à prendre part au diagnostic territorial gérontologique.

La démarche VADA a rencontré un fort intérêt à travers le monde (Plouffe, 2011), réunissant des communautés de pratiques et de recherches à l'échelle internationale.

Cette approche agit aussi bien sur l'environnement urbain que social (représentation de l'âge, pratique professionnelle, lutte contre la discrimination, etc.) et s'appuie sur un guide qui distribue la méthode dans huit domaines clés du processus consultatif.

Tableau 1. Les huit champs d'action du programme Villes amies des aînés

Champs d'action VADA
Habitat
Espaces extérieurs et bâtiment
Transport
Communication, information
Participation au tissu social
Respect et inclusion sociale
Participation citoyenne et emploi
Communication, information

Source : Organisation mondiale de la santé (2007), p. 9.

³ Voir : <https://conferencedestables.webnode.fr/a-propos-de-nous/>, site consulté le 10 novembre 2016.

Ces huit domaines constituent à la fois des catégories de besoins et des champs d'intervention possibles pour les acteurs publics. Les collectivités qui acceptent et appliquent le Protocole font alors l'objet d'une labellisation⁴.

Notre recherche intègre donc VADA parce qu'elle soutient qu'au-delà de l'originalité de ce dispositif, l'OMS a contribué à changer de paradigme dans l'action publique gérontologique. L'OMS n'est pas à proprement parler un acteur politique supranational, contrairement à l'Union européenne. En l'occurrence, il s'agit ici moins de débattre sur « l'eupéanisation des politiques publiques » – entendue comme l'influence de l'Europe politique sur les politiques nationales (Oberdorff, 2008), et abondamment étudiée dans le cas du « vieillissement actif en emploi » (Jolivet, 2002 ; Moulaert & Léonard, 2011) – que d'évoquer l'influence plus ou moins réelle et directe d'organismes transnationaux dans le domaine du vieillissement⁵. Ainsi, avec le programme VADA de l'OMS, on observerait phénomène de supranationalisation des cadres d'analyse et d'action. Ils forment un ensemble de représentations, de principes, d'outils et de méthodes qui concourent à la construction d'un référentiel de politiques publiques ; ils s'appuient aussi sur des réseaux de formation et de recherche, sur la mutualisation des expériences de terrain et sur le transfert d'expertises. La création et la diffusion d'un cadre commun ne conduisent pas pour autant à une homogénéisation des pratiques. D'où l'intérêt d'aborder le programme VADA par le prisme de l'analyse de terrain, qui évalue la participation des personnes âgées aux décisions publiques, en complément de l'observation des systèmes institutionnels.

Présentation de la méthodologie et des terrains de la recherche

L'analyse présentée dans cet article se fonde notamment sur le traitement des travaux réalisés dans le cadre du Programme d'études international sur le vieillissement (PEIV), 2013-2016, qui s'appuie sur une

⁴ Ce terme doit néanmoins être manié avec prudence, l'OMS préférant parler d'affiliation de ses membres.

⁵ Dans une lecture critique, le rôle du Fonds monétaire international (FMI), de la Banque mondiale, voire de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ont été pointés en tant que *think tanks* en faveur des réformes de retraite de type néolibéral, tant chez les anglophones (Phillipson, 2006) que chez les francophones (on pense en particulier aux thèses de Jacques Nikonoff : 2005).

revue de la littérature, des entretiens exploratoires et des entretiens de recherche. Nous avons ici développé une méthodologie qualitative de collecte de données. Nous nous sommes heurtés à la rareté des travaux existants, en France notamment, sur le thème de la participation citoyenne des aînés aux processus d'adaptation des territoires, et, *a fortiori*, ceux concernant le modèle des VADA.

Pour étudier les formes de participation citoyenne des aînés en France, nous avons interviewé 18 acteurs du niveau national au niveau local, dans 4 communes de l'Est de la France. Le choix de ces dernières a été négocié avec le comité de pilotage de la recherche, sur la base de 2 critères. D'une part, il s'agissait d'avoir des contextes urbains et ruraux ; d'autre part, il s'agissait d'identifier des contextes incluant une démarche VADA, et d'autres détachés de celle-ci. De manière complémentaire à ces critères, nous avons été attentifs à sélectionner des terrains que nous avons déjà identifiés comme « porteurs » en matière d'animation gérontologique. Ces 4 communes constituent alors autant d'études de cas (Yin, 2009) formant un tout analytique.

Pour étudier les formes de participation citoyenne des aînés au Québec, nous avons entrepris, comme pour la France, une revue de la littérature sur le contexte politique et institutionnel en matière de vieillissement. Celle-ci a été approfondie par l'étude des dispositifs participatifs existant aux différents échelons de la décision publique. Nous avons également procédé à 29 entretiens d'acteurs engagés dans l'instauration des politiques du vieillissement et des dispositifs participatifs, tant au niveau central qu'au niveau local. Cette approche nous a permis de compléter une étude « par le haut » en intégrant les représentations et les pratiques des acteurs de différents niveaux. Elle permet aussi d'étayer l'approche essentiellement textuelle des dispositifs participatifs en donnant la parole aux acteurs qui les conçoivent ou qui les implémentent. Une partie des entretiens a donc intégré le niveau local à travers 4 terrains : 3 municipalités et une municipalité régionale de comté (MRC).

Trois catégories d'acteurs ont prioritairement été approchées en France et au Québec, à savoir les décideurs politiques, les professionnels du milieu gérontologique et les représentants d'associations d'aînés. Nous avons opté pour des entretiens semi-directifs, c'est-à-dire des entretiens visant à favoriser l'expression des interviewés tout en assurant le traitement des thématiques préalablement identifiées (Berthier, 2010). Cette méthodologie a permis de mettre en lumière non seulement les systèmes et les dispositifs participatifs, mais aussi les coopérations ou les tensions entre acteurs, qui ont un impact sur l'implication citoyenne des aînés.

PRÉSENTATION DES CONTEXTES NATIONAUX ÉTUDIÉS

Une première lecture des principales étapes de construction et de transformation de l'architecture institutionnelle de consultation des aînés, en France et au Québec, soulignera comment les spécificités historiques et culturelles de ces territoires participent de l'émergence de modèles distincts en matière d'intégration citoyenne des publics âgés. En second lieu, nous compléterons cette lecture néo-institutionnaliste par une approche des processus démocratiques à l'œuvre dans la

politique du vieillissement, au travers du développement de référentiels qui échappent à la construction politique par le niveau national.

Le cas français

Les schémas institutionnels de consultation

Sur le plan institutionnel, à la faveur du changement de majorité politique et de l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981, un ambitieux projet de réaménagement des principes et de l'architecture du pouvoir politique et social a été initié. Ainsi, le schéma institutionnel enjoint chaque échelon de la décision politique à créer des instances consultatives intégrant des représentants de la société civile (syndicats et associations de retraités), des décideurs politiques, des professionnels et des experts (personnalités qualifiées) afin de créer une communauté d'expertise, de diagnostic et d'évaluation en matière de politique gérontologique. Cette colonne vertébrale de l'action gérontologique prévoit d'aménager différents paliers en miroir des pouvoirs politiques, au niveau national (Comité national des retraités et personnes âgées [CNRPA]), régional (Conférences régionales des retraités et personnes âgées [CORERPA]), et départemental (Comités départementaux des retraités et personnes âgées [CODERPA]).

Tableau 2. Architecture des organes consultatifs obligatoires en France (1982)

Niveau de décision politique	Désignation	Création
National	Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)	1982
Régional	Conférences régionales des retraités et personnes âgées (CORERPA)	1982
Départemental	Comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA)	1982

* Décret du 4 août 1982

On constate dès cet instant que le niveau municipal n'est pas pris en considération, alors même qu'il est un lieu de négociation de la mise en œuvre des politiques gérontologiques (Gucher, 1998). Il faut souligner la difficulté opérationnelle d'imposer de telles structures au niveau communal, du fait du nombre de communes françaises à l'époque (36 000) et de leur diversité. Néanmoins, de manière facultative, des

conseils des sages se mettent en place à partir de 1992, à l'initiative d'un maire breton d'origine togolaise (Kofi Yamgnane) qui s'inspira de modèles d'intégration de sa culture africaine (Viriot Durandal & Clément, 2002).

L'intérêt de l'approche politico-centrée développée en France réside dans l'articulation qu'elle développe entre les différents niveaux de la décision publique.

Le CNRPA devait structurer le dialogue et pointer les thématiques émergentes ou récurrentes en s'appuyant sur un maillage territorial pensé à partir des départements. Cette conception s'est traduite, par exemple, par le développement des journées annuelles du CNRPA auxquelles les représentants des différents échelons territoriaux étaient conviés. Le CNRPA devait ainsi disposer de l'expertise et des retours d'expériences des niveaux infranationaux, tout en cultivant des relais légitimes et réguliers auprès des décideurs publics nationaux, qu'il s'agisse des décideurs politiques (secrétaires d'état, membres de cabinets, parlementaires, etc.) ou des acteurs de l'administration centrale. Plus encore dans l'esprit du législateur, l'objectif consistait à s'appuyer sur cette première base composée des cénacles institutionnels classiques pour organiser régulièrement des assises plus larges, avec l'ensemble des acteurs du secteur gérontologique, sur le modèle d'états généraux réguliers. C'est en s'inspirant de l'expérience américaine développée depuis 1961, avec la Conférence décennale de la Maison-Blanche sur le vieillissement, que la France a organisé en 1983 ses premières Assises nationales des retraités et des personnes âgées en présence du président de la République. L'objectif était de favoriser la stabilisation et le développement d'une communauté gérontologique rassemblant l'ensemble des catégories d'acteurs du secteur du vieillissement.

Ce type de stratégie impliquant de pouvoir s'appuyer durablement sur des cellules locales, l'État a imposé aux départements la mise à disposition de moyens financiers et matériels, et a influé sur le choix des acteurs en désignant 16 organisations représentatives pour lesquelles l'accès au Coderpa était garanti. Cette logique visait à éviter l'éventuel pouvoir arbitraire de certains élus locaux dans la mise en œuvre et l'accompagnement de ces instances consultatives. L'architecture d'ensemble reposait sur une articulation entre les différents niveaux. Dans ce schéma, l'État central ne pouvait asseoir son autorité qu'en construisant des interactions régulières et solides entre ces échelons en les consolidant et en les reliant (Viriot Durandal, 1999).

Pourtant, en pratique, ce modèle politico-centré français s'est progressivement étiolé. Certes, les journées annuelles du CNRPA réunissant les CODERPA ont continué à être honorées. Mais la non-reconduction des assises de 1983 a rendu caduque une partie des circuits d'interaction que prévoyait le modèle de 1982 et dans lequel les CODERPA servaient précisément de relais auprès des acteurs du secteur gérontologique tant dans les territoires qu'au niveau central. La pérennisation de cet espace de dialogue et de reconnaissance symbolique par le niveau central était pourtant la condition indispensable à la création d'un temps institutionnel destiné à consolider les acteurs gérontologiques dans l'espace public et à les reconnaître au-delà même du jeu institutionnel des instances consultatives. En outre, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a libéré les conseils généraux d'une partie de leurs

obligations initiales vis-à-vis des CODERPA (ressources financières minimales, mise à disposition d'infrastructures, etc.). En transférant la tutelle des CODERPA du préfet au président du Conseil général, le cadre étatique qui garantissait un projet relativement homogène sur le territoire commence alors à se distendre, ce qui, renforce les contrastes locaux.

Avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015, la France a fondamentalement rompu avec son modèle initial et renoncé à sa spécificité. Par cette loi, la conception même du modèle d'architecture institutionnelle articulant les différents échelons territoriaux a été remise en cause.

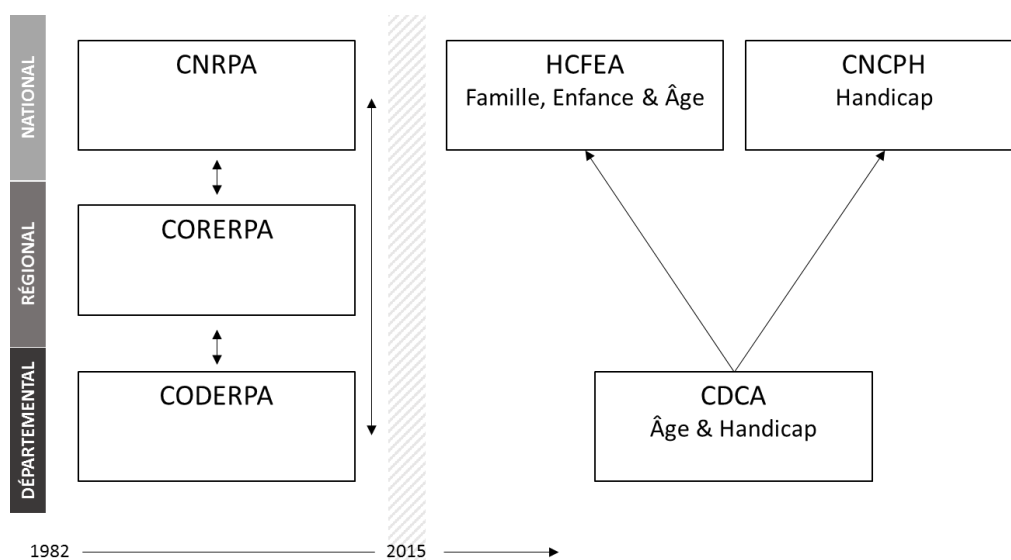
Le niveau régional de consultation (ex-CORERPA) a été supprimé. Les CODERPA sont transformés en conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) et intègrent le champ du handicap. Le CNRPA, quant à lui, a été supprimé et absorbé dans une structure beaucoup plus large – le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) – qui fédère trois conseils : celui de l'enfance et de l'adolescence, celui de l'âge, et celui de la famille. Les vice-présidents de ces trois conseils assurent une présidence tournante du HCFEA. **Le Haut Conseil n'est plus présidé par le Ministre,** même si l'exécutif dispose du pouvoir de nomination de ses membres. Enfin, le vice-président du Conseil de l'âge, qui est nommé par le Premier ministre, n'appartient plus au secteur associatif des retraités, comme cela était le cas du temps du CNRPA. Les organisations de retraités ne représentent plus que 19 des 88 membres. Même s'il subsiste une représentation spécifique aux retraités et personnes âgées au sein du Conseil de l'âge, leur intégration à l'ensemble dilue leur représentation.

En outre, l'architecture du HCFEA est pensée de manière indépendante par rapport au niveau départemental des CDCA qui regroupe les représentants des personnes âgées et du handicap. Il n'existe donc pas de liens organiques ou fonctionnels particuliers avec ces acteurs locaux. Les CDCA ne sont d'ailleurs pas évoqués dans le décret constitutif du HCFEA⁶.

Pour parachever le brouillage, le HCFEA ne prend pas en compte le principe de convergence entre vieillissement et handicap, principe qui a inspiré la création des CDCA, et maintient une structure de représentation spécifique au handicap, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), plutôt que de la fusionner avec celle relative au vieillissement.

Figure 1. Évolution de l'architecture institutionnelle consultative française en matière de politique du vieillissement (de 1982 à nos jours)

⁶ Décret n°2016-1441 du 25 octobre 2016 relatif à la composition et au fonctionnement du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.



L'affaiblissement de l'articulation entre les différents niveaux de la décision publique dans le champ du vieillissement (national, régional, départemental) renforce l'éclatement du jeu des acteurs et désemboîte les échelons consultatifs de la politique du vieillissement. La France se distancie du modèle initial qu'elle avait produit et qui s'appuyait sur une centralité descendante – mais interactive – des mécanismes de démocratie participative en matière de politique du vieillissement.

La dernière réforme (2015) renforce un modèle étatique où l'organe consultatif central n'est plus relié aux entités locales. Or c'est précisément à ces niveaux qu'une partie de la politique du vieillissement sont décidées ou implémentées. La réforme affaiblit donc la circulation entre les représentations des retraités dans les territoires et le niveau central.

En isolant les fonctions de *lobbying* sur le cadre législatif au niveau central de *l'advocacy* au niveau local où la défense des personnes âgées se joue dans l'action sur la mise en œuvre des politiques du vieillissement, la dynamique de rapprochement entre les citoyens et usagers et les décideurs publics est affaiblie.

Le programme Villes amies des aînés

Ceci posé, voyons en quoi, au-delà de la structuration institutionnelle, des programmes comme VADA diffusent en France des modèles différents de ce schéma centralisé. Avec la création en 2010 du Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés, l'OMS a mis à disposition des collectivités locales une expertise et des réseaux internationaux, sur la base d'une adhésion volontaire et d'une « labellisation ». L'application de ce cadre et sa validation ne dépendent pas de l'État central puisqu'il est lié à la volonté politique et aux moyens mis en œuvre par les collectivités engagées dans la démarche.

Celles-ci, en mobilisant leurs propres ressources, peuvent bénéficier d'une communauté d'expertise et de réseaux qui échappent à l'échelon national. C'est dans ce cadre que l'approche participative dans le diagnostic territorial s'est imposée pour la construction de stratégies d'adaptation des territoires au

vieillesse. En France, ce cadre flexible a été validé par la reconnaissance du rôle attribué au Réseau francophone des villes amies des aînés (RFVAA), par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (Viriot Durandal & Scheider, 2016).

Dans ce contexte, la démarche VADA a contribué à la construction progressive d'un modèle de diagnostic territorial en matière gérontologique, au moyen notamment d'audits participatifs. Ce dispositif participe aussi de la « déspecialisation du champ gérontologique » (Argoud, 2014), jusqu'alors empreint du travail social, de la psychologie ou de la sociologie. Les principes de la démarche de l'OMS ont commencé à marquer le discours public en 2009, avec le lancement officiel du label « Bien vieillir, vivre ensemble » porté par le secrétaire d'État chargé des aînés et le ministre de la Santé et des Sports, en collaboration avec l'Association des maires de France (AMF) et l'association parlementaire Vieillir ensemble (Paris et al., 2013).

Malgré l'unité affichée à l'occasion de ce lancement officiel, l'effort gouvernemental pour la promotion de la démarche VADA s'est rapidement essouffé. L'inexistence d'une approche stratégique de développement au niveau national, ainsi que l'absence de mise à disposition de moyens financiers et d'une structure d'accompagnement et de contrôle, témoignent du rôle primordial qu'ont dû jouer les collectivités locales dans le développement d'une stratégie d'adaptation des territoires au vieillissement de leurs populations (Paris et al., 2013).

En témoigne notamment l'un des opérateurs VADA dans l'une des villes investiguées dans le cadre de notre étude : « Sur mon poste, il n'y a pas de montant quantifié, moi je suis en charge de l'autonomie et j'ai une fonction de chef de projet là-dessus. J'ai un petit financement spécifique pour avoir éventuellement un peu de communication autour de la démarche une fois que le programme d'action sera passé en conseil municipal. Donc il n'y a pas de financement particulier. De même, pour les aménagements, ce sera sur les crédits normaux des services » (Professionnelle de la mission autonomie d'un centre communal d'action sociale [CCAS], France, 2014).

Ainsi, dans les premières années, les villes françaises souhaitant s'engager dans la démarche de l'OMS n'ont disposé d'aucun accompagnement substantiel à l'échelon du ministère responsable des personnes âgées. En 2012, trois années seulement après son lancement, la disparition du label « Bien vieillir, vivre ensemble » témoigna des importantes lacunes en matière d'opérationnalisation des méthodes de diagnostic territorial dans le domaine du vieillissement.

Malgré cela, des initiatives locales visant à développer les principes de la démarche VADA sont apparues progressivement, relayant avec elles des attentes toujours plus fortes en matière d'expertise, de capitalisation de l'expérience et de partage d'informations au niveau local. Face à l'absence de représentant au niveau national, l'OMS a désigné un référent pour mettre en œuvre un minimum

d'accompagnement. Un médecin, puis un géographe se sont succédés, mais sans appui logistique substantiel, ni rémunération, ni équipe, jusqu'à ce qu'en 2016 la coordination soit finalement confiée officiellement par l'OMS au RFVAA. Ce réseau avait été créé à l'initiative de quelques villes françaises et francophones en 2012, à Dijon, à l'occasion du colloque international du Réseau d'études international sur l'âge, la citoyenneté et l'intégration socio-économique (REIACTIS) : Le droit de vieillir : citoyenneté, intégration sociale et participation politique des personnes âgées (Dijon, 25-27 janvier 2012).

Le cas québécois

Schémas institutionnels de consultation

Au Québec, contrairement à la France, la création des instances consultatives aux différents niveaux de l'action publique n'est pas synchronique et ne poursuit pas un « schéma type » décliné verticalement. Les instances consultatives au niveau central (Canada), provincial (Québec) et régional ne sont pas conçues sur les mêmes schémas et interviennent à des moments différents de l'histoire politique et sociale. En outre, ces instances ne sont pas construites en miroir du pouvoir politique. Ainsi, le niveau régional qui fonde en grande partie le système consultatif québécois n'est pas une entité politique, mais administrative. Les tables régionales de concertation des aînés, créées en 1999, agissent en effet au niveau des agences responsables de la mise en place de la politique sanitaire et sociale (les régions) et non d'une collectivité locale. Elles servent d'interface privilégiée en matière d'intégration des aînés dans les processus d'adaptation des territoires au vieillissement (Thomas, 2012).

C'est donc plutôt le modèle de démocratie sanitaire qui est à l'œuvre, privilégiant le rôle des acteurs de la société civile en tant que représentants d'usagers des services publics au sein des principaux territoires d'implémentation des politiques de santé. Le modèle de démocratie participative centré sur les fonctions de *lobbying* sur le législateur et d'influence sur les élus est plus éloigné de ce schéma.

Les tables se composent de représentants des associations et des personnes aînées du territoire, ainsi que d'acteurs issus d'organismes privés ou publics intervenant dans le secteur du vieillissement dans la région. En plus des fonctions classiques de concertation des acteurs locaux du domaine gérontologique, elles ont également pour mission « d'animer le milieu des aînés afin de les aider à jouer leur rôle de citoyens à part entière »⁷. Pour cela, elles peuvent porter elles-mêmes certaines réflexions et projets et mobiliser les acteurs du territoire concernés par les questions du vieillissement. Afin de soutenir leurs missions, le gouvernement québécois octroie un financement récurrent aux Tables régionales de

⁷ Source : <https://conferencedestables.webnode.fr/tables/>, site visité le 10 novembre 2017.

concertation des aînés par l'intermédiaire du Secrétariat en charge des aînés. Suivant les projets développés dans chaque région, à cette dotation peuvent s'ajouter des financements complémentaires débloqués dans le cadre de programmes de financement spécifiques visant à l'amélioration de la qualité de vie des aînés.

Dans les faits, si ces instances ont un pouvoir d'action modeste dans les régions, elles représentent néanmoins des interlocuteurs reconnus pour le gouvernement provincial et les décideurs publics.

Sur le plan chronologique, la Conférence des Tables régionales de concertation des aînés, qui fédère les 18 tables de la province, a été créée en 2004, soit 5 ans après la mise en place des Tables. Cette création ne se situe donc pas dans un schéma institutionnel descendant, imposé par une loi structurante à partir du niveau central. Cette structure est née d'une volonté des élus des tables régionales de concertation des aînés de se doter d'un outil d'harmonisation de leurs actions et de leurs modes de fonctionnement. Cette fédération, conçue dans une logique de cohésion entre la base et le sommet, a permis de positionner les Tables régionales en tant qu'interlocuteurs de poids face au gouvernement provincial, et notamment au Secrétariat aux aînés. L'apparition progressive de ces instances offre un recul historique qui permet d'attester d'une dynamique démocratique ascendante, portée par les acteurs locaux, qui ont éprouvé le besoin de se structurer pour peser dans la concertation avec les instances politiques et administratives centrales. Pour autant, ce n'est pas cette entité qui jusqu'au début des années 2010 a été choisie par le gouvernement québécois pour devenir son interlocuteur privilégié. En effet, ce rôle sera attribué dans un premier temps à une instance *ad hoc* fondée en 1992 par les pouvoirs politiques centraux, sur un modèle assez proche du CNRPA français. Ce conseil des aînés avait pour mandat « de promouvoir les droits et intérêts des aînés et leur participation à la vie collective, ainsi que de conseiller la ministre responsable des Aînés sur toute question concernant ces personnes, notamment quant à la solidarité entre les générations, l'ouverture au pluralisme et le rapprochement interculturel » (Conseil des aînés, 2004, p. 3-4). Il regroupait en son sein des représentants des droits et des intérêts des aînés, nommés par les pouvoirs politiques centraux suite à la consultation des organismes représentatifs de ces publics. À leurs côtés étaient également présents certains représentants des ministères concernés par les politiques du vieillissement, sans que ceux-ci aient pour autant accès au vote dans le cadre des prises de décision au sein du Conseil (Gouvernement québécois, 1992).

À la suite de compressions budgétaires du gouvernement provincial, ce conseil cessera ses activités en 2011, tout comme plusieurs instances homologues œuvrant en direction de publics différents, à l'instar du Conseil de la jeunesse. Cette disparition se fera au profit de la Conférence des tables régionales de concertation des aînés, qui confirmera alors son rôle en tant qu'interlocuteur privilégié des pouvoirs politiques centraux en matière de vieillissement. Au fil des dernières années, la Conférence des tables régionales de concertation des aînés (CTRCA) deviendra un interlocuteur important pour le Secrétariat aux aînés du Québec, entre autres à partir de la mise en place du Comité de coordination nationale du programme Villes amies des aînés.

**Tableau 3. Architecture des organes consultatifs des représentants d'aînés, au Québec et au Canada (1992-
aujourd'hui)**

Niveau d'action	Instance créée	Date de création
Gouvernement fédéral canadien	Conseil national des aînés du Canada	2007
Gouvernement provincial québécois	Conférence des Tables régionales de concertation des aînés	2004
	Conseil des aînés	1992-2011
Niveau régional québécois	Tables régionales de concertation des aînés (18)	1999

Contrairement au modèle tubulaire français qui a structuré les différents échelons consultatifs au même moment et dans un même mouvement, le Québec a donc construit son architecture institutionnelle en deux mouvements : l'un, plus empreint des principes de démocratie sanitaire, met l'accent sur la nécessaire coordination et consultation entre les acteurs de terrain dans le secteur gérontologique ; l'autre, plus inspiré par la notion de démocratie participative, place la focale sur l'action centrale de lobbying exercé par les acteurs de la société civile sur le gouvernement provincial.

Mais comme en France, le niveau municipal reste encore peu visible dans ce schéma d'ensemble. D'où l'intérêt de la démarche VADA qui implique ce niveau de l'action publique.

Le programme Villes amies des aînés

Le Québec, qui contrairement à la France ne se situait pas dans un schéma de centralisation, et qui ne disposait pas initialement d'une politique d'intégration forte des aînés au niveau municipal, a engagé une politique résolument volontariste en la matière. Le développement du programme VADA au Québec remonte à l'élaboration du **Guide mondial des villes amies des aînés de l'OMS (2007)**, pour lequel Sherbrooke, grâce à la collaboration des chercheurs, a pris part au Protocole de Vancouver, aux côtés de 32 autres villes. Les résultats de cette expérimentation internationale ont été présentés à la ministre responsable des Aînés de l'époque suite à une consultation publique provinciale sur les conditions de vie des aînés.

Dans la foulée, un projet pilote d'implantation et d'évaluation de programme a été mis en place par le Secrétariat aux aînés, en collaboration avec le Centre de recherche sur le vieillissement de l'université de Sherbrooke (CDRV).

Ce projet pilote VADA-Québec a débuté dès la fin des consultations, en 2008, incluant sept sites québécois et visait à transposer la démarche élaborée au niveau international aux spécificités du contexte québécois. Cette expérimentation a été menée de concert entre le Secrétariat aux aînés et l'équipe du CDRV, et a bénéficié d'un financement gouvernemental de 2,8 millions de dollars sur une période de 5 ans [Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés, 2011].

Suite à ces premières expérimentations, l'engouement des municipalités pour la démarche VADA a été notable au Québec. Si bien que dès 2009, avant même la fin du projet pilote, un programme national – Municipalités amies des aînés (MADA) – a été développé, visant à financer les municipalités désireuses de s'engager dans cette démarche. Dans sa gestion du programme, le Secrétariat aux aînés s'est doté d'un Comité national de coordination (CNC) qui assure la coordination et la cohérence du déploiement de la démarche MADA au Québec, fait la promotion des différents programmes de soutien financier gouvernementaux s'adressant aux municipalités, ainsi qu'aux régions⁸ et aux organismes. Les membres du CNC sont le Secrétariat aux aînés, le CDRV, la CTRCA et le Carrefour action municipale et famille (CAMF)

La ministre responsable des Aînés à cette période souligne ainsi : « Quand je suis revenue, à la fin de la consultation, dans mon ministère, j'ai décidé qu'on ferait un projet pilote. Et on a fait un projet pilote, avec un arrondissement, une municipalité régionale de comté, des villes, quelques villes. On a financé les politiques publiques. Et on s'est rendu compte que ça fonctionnait. Et là, on a vraiment mis en place un programme national pour financer les municipalités, qu'elles soient grandes ou petites. Que ce soit de petits villages ou que ce soit de petites municipalités qui se regroupent autour d'une municipalité régionale de comté, pour se doter de politiques. Et en les finançant, il y a une chose par contre que j'ai imposée, c'était qu'il fallait que les aînés participent à la démarche citoyenne. Qu'ils participent à l'élaboration de la politique. Donc les élus des municipalités ne pouvaient pas recevoir d'argent, si les aînés n'étaient pas appelés à élaborer leur propre politique » (ministre responsable des Aînés de 2007-2012, Québec, 2014).

La condition *sine qua non* à l'obtention d'un financement gouvernemental est la participation des aînés dans l'élaboration de la démarche d'amélioration de leurs conditions de vie. Dans cette approche, la politique du vieillissement est fondée sur une combinaison entre participation citoyenne, via le développement des mécanismes consultatifs, et participation sociale, via un financement d'actions concrètes sur le territoire en lien avec les consultations. En 2106, le soutien financier apporté par le gouvernement dans l'implantation de la démarche MADA dans les municipalités ou les MRC varie selon

⁸ Au Québec, sur le plan administratif, les régions se dénombreront en Municipalités régionales de comté (MRC). Celles-ci bénéficient également du programme MADA au Québec.

leur taille et leur population. Ainsi, l'aide financière maximale varie de 10 500 \$ à 25 000 \$ pour une municipalité de moins de 100 000 habitants et peut aller jusqu'à 202 000 \$ pour une MRC. De plus, le gouvernement offre aussi un soutien technique pour les municipalités et les MRC réalisé par le CAMF correspondant à plusieurs heures d'accompagnement. Les financements accordés dans le cadre du programme provincial MADA visent à couvrir, en partenariat avec les municipalités, les frais engagés pour l'élaboration du plan d'action MADA (développement du projet, consultations, diffusion du plan, etc.). En 2017, le gouvernement avait investi près 12,5 millions au total dans le programme MADA depuis les débuts en 2008. À ce premier soutien s'adjoint également un programme connexe, le Programme d'infrastructures Québec municipalités-MADA (PIQM-MADA), qui vise à apporter des fonds supplémentaires pour les projets d'infrastructures inférieurs à 100 000 dollars (par exemple : installation de sentiers pédestres, bancs, sanitaires, etc.) des municipalités engagées dans MADA. Depuis 2010, 210 projets PIQM-MADA se sont vu allouer une aide financière pour un total d'environ 12 M\$.

La province a décidé, dès 2012, de reprendre les principes du programme VADA, dans sa forme québécoise, c'est-à-dire en privilégiant les approches intersectorielles et de développement des communautés, et d'en faire un axe fort de sa politique du vieillissement, « Vieillir et vivre ensemble » (ministère de la Famille et des Aînés & ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012).

Aujourd'hui, le modèle d'application VADA au Québec connaît un franc succès, puisqu'en 2017, plus de 860 municipalités sur 1 134 – couvrant 90 % de la population du Québec – s'y sont engagées (Lord & Piché, 2018). Il s'est construit sur la base d'un partenariat à la fois multiniveaux (notamment entre les échelons local et provincial) et multisectoriel (chercheurs, décideurs politiques, acteurs de la société civile, aînés et professionnels), lui attribuant une configuration proche d'une véritable interface.

Cette configuration s'observe à travers les modalités d'accompagnement opérationnel mises en œuvre à destination des municipalités s'engageant dans VADA. En effet, les études de terrain soulignent l'importance de l'intervention systématique CAMF en tant qu'organisme de formation mandaté pour développer les démarches MADA au niveau local, lui-même ayant été formé par l'équipe de recherche du CDRV (Garon, Paris, Veil, Beaulieu & Laliberté, 2015 ; Paris, Garon & Beaulieu, 2013). En tant qu'organisme sans but lucratif, il limite les effets d'aubaine des acteurs du secteur marchand et est responsable du soutien aux municipalités dans la réalisation des étapes du diagnostic et du plan d'action. En coordination avec le pouvoir exécutif (le Secrétariat aux aînés), le CAMF œuvre de manière pérenne à l'harmonisation des pratiques et est garant du respect des principes et des méthodes de l'OMS.

Un des professionnels du Ministère souligne que « Chaque municipalité reçoit du financement selon sa taille et le type de projet. Mais est accompagnée systématiquement par le CAMF (...). Et puis elle est accompagnée pour mieux connaître ce qu'est le vieillissement actif, les enjeux liés au vieillissement, comment faire une bonne consultation. Ils ont des outils et des personnes qui les accompagnent, qui accompagnent les chargés de projet. Puis là c'est sûr que nous, dans les conventions qu'on signe avec la municipalité, on a resserré, au fil des années, ce qu'on demandait. On veut le rapport de consultation, on veut s'assurer qu'il y ait deux personnes représentatives du milieu des aînés dans les comités de pilotage,

on veut s'assurer qu'ils nous envoient une politique et un plan d'action » (professionnel du Secrétariat aux Aînés, Québec, 2014).

La politique provinciale infuse ainsi des modèles d'intervention participatifs en favorisant, au travers d'une rationalité opérationnelle apparemment neutre, des principes d'action participatifs. Le CAMF accompagne les élus et les acteurs locaux qui initient la démarche VADA sur leur territoire au moyen de ces formations, portant à la fois sur les principes et le concept de vieillissement actif, et sur des dimensions plus opérationnelles concernant les différentes étapes de la démarche. Ces formations sont offertes gratuitement aux municipalités ; en réalité, elles sont payées par le Secrétariat aux aînés. Ce financement par une politique centrale constitue ainsi une des particularités du modèle québécois.

Au Québec, l'action du CDRV de Sherbrooke a permis au monde de la recherche d'instaurer un lien structurant avec le pouvoir politique d'une part, avec le CAMF d'autre part. C'est ce qui explique la création d'une véritable communauté de recherche, qui dialogue avec les acteurs de terrain et se nourrit des actions et des enseignements locaux et internationaux (Moulaert & Garon 2016).

« Le Centre de recherche, (...) eux ont une expertise internationale, ils voient ce qu'il se passe ailleurs, ils nous informent beaucoup de ça. Et nous le Carrefour on intervient beaucoup au niveau de l'accompagnement. (...). Donc on se retrouve dans une démarche où on apprend du terrain, on réagit du terrain » (professionnel du CAMF, Québec, 2014).

Sur le plan de la recherche scientifique, l'équipe de recherche MADA a déployé plusieurs chantiers de recherche avec le soutien et la collaboration du Secrétariat aux aînés (madaquebec.com/fr/). L'objectif principal de ces chantiers était de mieux connaître la situation des MADA au Québec et d'améliorer la pratique des municipalités et des municipalités régionales du comté (MRC) [Annexe 1.

Sur le plan du transfert des connaissances, maillon central des efforts de l'équipe de recherche MADA, une première version d'un guide d'accompagnement a été réalisée en 2013 et est en réécriture pour une deuxième version réactualisée. Le guide a pour fonction « *d'offrir aux municipalités des indications claires et pratiques pour développer et mettre en œuvre un projet MADA au sein de leur communauté* » (équipe VADA Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke [CSSS-IUGS] & CAMF, 2013), en synthétisant les connaissances sur les démarches MADA collectées depuis près de 10 ans. Le CDRV, de pair avec l'équipe de recherche MADA, a été reconnu à l'automne 2017 par l'OMS comme centre collaborateur de l'OMS pour son expertise internationale au niveau VADA.

CONCLUSION

La comparaison entre la France et le Québec met en exergue des contextes et des modalités d'action publique différents dans leur agencement démocratique en matière d'adaptation territorial au vieillissement. Initialement, le choix de la comparaison entre un pays à tradition jacobine et une province

au sein d'un système fédéral britannique laissait penser que la France développerait un modèle centralisateur, alors que le Québec situerait son action à partir des territoires. Finalement, au terme de notre recherche, nous concluons plutôt à une différence de nature dans les centralités.

Dans l'Hexagone, l'analyse de l'action des pouvoirs centraux témoigne en effet d'une préférence pour la construction de modèles participatifs institutionnalisés **au départ**. Initialement très empreint du principe de démocratie participative, le schéma français a progressivement évolué, notamment sous l'influence des principes de démocratie sanitaire ; aujourd'hui, la place des aînés n'est plus aussi centrale qu'elle ne le fut, en théorie, au début du CNRPA et leur représentation est diluée au profit de multiples acteurs qui, finalement, « parlent pour eux ». Au Québec, la centralité de l'action ne se situe pas tant au niveau du schéma institutionnel qu'au niveau processuel, avec le développement d'une action forte et lisible du pouvoir central (la province) en faveur de la dissémination de modèles de diagnostic, et de transferts de connaissances participant à l'émergence d'une culture de l'action gérontologique. Dans l'outillage promu par la province, la participation citoyenne et la participation sociale sont liées dans une stratégie commune qui guide la politique du vieillissement. La place des aînés n'est en outre pas seulement promue au cœur des actions locales (sous peine de non financement de la démarche MADA), mais elle est également située au niveau central du Comité de pilotage de la démarche MADA. Le gouvernement du Québec a donc soutenu à la fois le développement du diagnostic partagé mais aussi la mise en place de réponses aux besoins par le soutien aux actions concrètes dans les territoires. L'objectif est de relier la politique du vieillissement au développement communautaire à l'échelon local, afin de renforcer les dynamiques démocratiques fondées sur l'association des populations aux politiques gérontologiques en matière d'adaptation des territoires au vieillissement. Cette démarche fait l'objet d'une politique publique structurante, dotée de moyens substantiels et d'un ensemble d'acteurs qui forment une communauté de pensée et de réflexion, avec un vecteur commun de formation (Protocole, guide, centre de ressources, etc.). Cette communauté rassemble à la fois les acteurs politiques, les professionnels, les représentants des aînés, mais aussi les chercheurs et centres de formation. Dans ce modèle, donc, la formation et la recherche font l'objet d'un soutien important, et la mutualisation des moyens au niveau central doit permettre le développement de ressources au niveau local. Que ce soit au niveau central (Comité de pilotage national) ou au sein des mises en œuvre locales dans les applications MADA, une même attention a été donnée à l'octroi d'une place pour les aînés.

La France, au contraire, a opté pour une coupure entre les niveaux central et local, en excluant de son champ d'action le soutien à une politique articulée de formation et de recherche en matière d'adaptation des territoires au vieillissement. L'État français a ainsi laissé les collectivités seules dans ces processus, sans référent central ni ressources au niveau national. Cette césure s'étend aussi à l'économie générale de la réforme institutionnelle de 2015, qui brouille l'articulation entre le niveau central et les échelons locaux de consultation des retraités (régional, départemental). L'absence de politique de vieillissement articulant la consultation des personnes âgées avec l'action gérontologique à partir d'une impulsion donnée par le niveau central est caractéristique de la configuration française. Le diagnostic sur l'adaptation des territoires au vieillissement en France repose essentiellement sur des engagements locaux assez

disparates, avec des compétences faiblement normées par rapport à l'appropriation des protocoles et avec le recours possible à des consultants privés ; il apparaît aussi que beaucoup de ces acteurs sont peu familiers des démarches réflexives que permet une forte structuration autour de la recherche. Les possibilités de mutualisation ou de méta-analyse sur la base de l'analyse scientifique des pratiques ne fait pas l'objet d'une politique publique à part entière. Enfin, la place des aînés semble s'être affaiblie depuis 1982 ; instituée et articulée, elle est aujourd'hui diluée parmi de nombreuses autres voix au sein d'une instance comme le HCFEA. De son côté, le RFVAA encourage clairement ses membres à donner une place pour les aînés dans les démarches locales, au-delà des consultations effectuées ; cependant, il n'existe aucune évaluation systématique, à ce jour, des formes de cette implication.

Ces premiers résultats de recherche mettent en lumière l'intérêt de cumuler, dans l'étude des dispositifs participatifs, une lecture néo-institutionnaliste avec une analyse des protocoles et des processus participatifs tels que VADA. En France comme au Québec, cette double approche s'est révélée fructueuse puisqu'elle fait ressortir deux conceptions des politiques du vieillissement finalement assez contrasté en matière d'adaptation des territoires. Le choix de la France et du Québec permet une mise en regard de deux espaces francophones, l'un en Europe et l'autre en Amérique du Nord ; il témoigne de l'influence des cultures politiques et gérontologiques sur les politiques du vieillissement. L'importance de l'approche communautaire au Québec explique en partie les différences observées. De même, l'approche instrumentale nord-américaine pèserait manifestement dans la culture de l'action gérontologique.

Pour autant, ces résultats ne peuvent prétendre à l'exhaustivité et appellent au développement d'analyses complémentaires intégrant d'autres pays pour élargir le spectre d'observation.

Bibliographie

- Argoud D., 1998, *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les enjeux d'une mutation*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 226 p.
- Argoud D., 2012, « Le pouvoir gris à l'épreuve du territoire », *Gérontologie et Société*, n° 143, p. 63-76.
- Argoud D., 2014. « Les politiques gérontologiques locales : la difficile constitution d'un espace autonome entre territorialisation et recentralisation », *In* Hummel C., Mallon I, Caradec V. (dir.), *Vieillesse et vieillissements*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 49-60.
- Argoud D., Puijalon B., 1999, *La parole des vieux. Enjeux, analyse, pratiques*, Paris, Dunod (coll. Action sociale), 228 p.
- Berthier N., 2010, *Les techniques d'enquête en sciences sociales, 4^e éd., Méthodes et exercices corrigés*, Paris, Armand Colin, 352 p.
- Blondiaux L., 2008, *Le nouvel esprit de la démocratie : actualité de la démocratie participative*, Paris, Seuil, 112 p.
- Caradec V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Domaines et approches*, 3^e éd. Paris, Armand Colin. 128 p.
- Conseil des aînés, 2004, *Rapport sur la mise en œuvre de la loi sur le Conseil des aînés 1999-2004*, Québec, Conseil des aînés, p. 3-4.
- Dosse F., 1997, *L'Empire du sens. L'humanisation des sciences humaines*, Paris, La Découverte, 434 p.
- Équipe VADA Québec, CSSS-IUGS, Carrefour action municipale et famille, 2013-2014, *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalités amies des aînés*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Faure A., Leresche J.-P., Muller P., Nahrath S. (dir.), 2007, *Action publique et changements d'échelles. Les nouvelles focales du politique*, Paris, L'Harmattan.
- Fitzgerald K. G., Caro F. G., 2014, An overview of age-friendly cities and communities around the world. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>
- Garon S., Paris M., Beaulieu M., Veil A., Laliberté A., 2014, Collaborative partnership in age-friendly cities: two case studies from Quebec, Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 73-87. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.854583>
- Garon S., Paris M., Veil A., Beaulieu M., Laliberté A., 2015, Villes amies des aînés au Québec. *In* Viriot Durandal J.P., Raymond É., Moulaert T., Charpentier M. (dir.), *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés*. Québec, Presses Universitaires du Québec, p. 183-205.
- Gaudin J.-P., 2007, *La démocratie participative*, Paris, Armand Colin.
- Giraud O., 2015, La protection sociale et les échelles de l'action publique : pour un cadre comparatif renouvelé. *In* Bresson M., Colomb F., Gaspar J.-F (dir.), *Les territoires vécus de l'intervention sociale*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, p. 37-48.
- Gouvernement québécois, 1992, *Loi sur le Conseil des aînés*, chapitre 64.
- Grenier A., 2012, *Transitions and the lifecourse. Challenging the constructions of "growing old."*, Bristol, Policy Press.

- Gucher C., 1998, *L'action gérontologique municipale. Une entreprise de définition de la vieillesse et de ses pratiques*, Paris, L'Harmattan.
- Guillemard A.-M., Viriot Durandal J.-P., 2015, Âge, citoyenneté et politiques du vieillissement. In Viriot Durandal J.-P., Raymond É., Moulaert T., Charpentier M. (dir.), *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés. Pour une perspective internationale*, Montréal, Presses Universitaires du Québec, p. 13-30.
- Hummel C., Mallon I., Caradec V., 2014, *Vieillesse et vieillissements : regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Jolivet A., 2002, La politique européenne en faveur du vieillissement actif. *Retraite et Société*, n° 36, p. 137-157.
- Lord S., Piché D., 2018, « Un enjeu structurant pour nos milieux de vie ». In Lord S & D. Piché (dir.), *Vieillissement et aménagement. Perspectives plurielles*, Montréal, Presses Universitaires de Montréal, p. 2-24.
- Lui C.-W., Everingham J.-A., Warburton J., Cuthill M., Bartlett H., 2009, What makes a community age-friendly: a review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 3(28), 116-121. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x>
- Menec V. H., Means R., Keating N., Parkhurst G., Eales J., 2011, Conceptualizing Age-Friendly Communities. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 30(3), 479-493. <https://doi.org/10.1017/S0714980811000237>
- Ministère de la Famille et des Aînés & ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Minkler M. (dir.), 2012, *Community organizing and community building for health and welfare (3e ed.)*, New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Moulaert T., Garon S. (dir.), 2016, *Age-friendly cities in international comparison: political lessons, scientific avenues, and democratic issues*, New York, Springer (coll. International Perspectives on Aging), n°14.
- Moulaert T., Léonard D., 2011, « Le vieillissement actif sur la scène européenne », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 2105.
- Moulaert T., Viriot Durandal J.-P., 2013, De la notion au référentiel international de politique publique. Le savant, l'expert et le politique dans la construction du vieillissement actif. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n° 44, p. 11-31.
- Needham C., 2011, *Personalising public services: understanding the personalisation narrative*, Bristol, Policy Press.
- Nikonoff J., 2005, La Banque Mondiale et la théorie des trois piliers. *Les cahiers marxistes*, n°231.
- Oberdorff H. (dir.), 2008, *L'Européanisation des politiques publiques*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Organisation des Nations Unies, 1982, *Vienna international plan of action on ageing. World Assembly on Ageing, 26 July - 6 August 1982*, United Nations, Vienna, Austria.
- Organisation des Nations Unies, 1991, *United nations principles for older persons. adopted by general assembly resolution 46/91 of 16 December 1991*, New-York, USA.
- Organisation des Nations Unies, 1995, *Conceptual framework of a program for preparation and observance of the international year of older persons in 1999*. New York, USA.
- Organisation des Nations Unies, 1999, *The international Year of Older Persons*.

- Organisation des Nations Unies, 2002, *Madrid international plan of action on ageing. Report of the Second World Assembly on ageing, 8-12 April 2002*, United Nations, Madrid, Spain.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2006, *Villes amies des aînés. Marche à suivre, Protocole de Vancouver, Programme vieillissement et qualité de la vie*, Genève, OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2007, *Guide mondial des villes amies des aînés*. Genève, OMS.
- Paris M., Garon S., Beaulieu M., 2013, Villes amies des aînés : déclinaison du concept au Québec. *L'Observatoire* n°75, p. 25-29.
- Paris M., Garon S., Chapon P.-M., Laliberté A., Veil A., 2013, « Le programme Municipalités amies des aînés au Québec, un modèle pour la France ? » *Retraite et Société*, n° 64, p. 181-189.
- Phillipson C., 2004, Urbanisation and ageing: towards a new environmental gerontology, *Ageing and Society*, n° 24, p. 963-972.
- Phillipson C., 2006, Aging and globalization: issues for critical gerontology and political economy, *In Aging, globalization and inequality. The new critical gerontology* Amityville, NY, Baywood Publishing, p. 43-58.
- Phillipson C., Dannefer D. (dir.), 2010, *The sage handbook of social gerontology*. Thousand Oaks, Sage.
- Plouffe L., 2011, Villes amies des aînés : de ses origines à son déploiement international. *Vie et vieillissement*, n° 9, p. 14-18.
- REIACTIS, 2016, *L'intégration sociale des personnes âgées et leur participation à l'action sur leur environnement. Comparaison entre quatre études de cas du Grand-Est français et des études de cas internationales ciblées au Québec, aux États-Unis, en Angleterre, en Belgique et en Espagne, Programme d'études international sur le vieillissement 1 (PEIV 1)*, Dijon, REIACTIS.
- Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille et des Aînés, 2011, Les municipalités : un lieu d'engagement en faveur des aînés, *Vie et Vieillesse*, n°9 (1), p. 20-23.
- Tabuteau D., 2013, *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.
- Thomas D., 2012, « L'état québécois et les associations de personnes retraitées ». *Gérontologie et Société*, n° 143, p. 239-244.
- Viriot Durandal J.-P., 1999, *Les retraités en mouvement. Les groupes de pression de retraités français dans une perspective sociologique comparée*. Doctorat en sociologie, université Paris V, René-Descartes-La Sorbonne, Paris.
- Viriot Durandal J.-P., 2016, Vers une politique du vieillissement en France ? *Revue Politique et Parlementaire*, n° 1081, p. 37-48.
- Viriot Durandal J.-P., Clément F., 2002, Vers un dialogue institutionnel avec les retraités ? Entretien avec Kofi Yamgnane. *Les Cahiers de La Fiapa*, n° 2, p. 158-161.
- Viriot Durandal J.-P., Pihet C., Chapon P.-M., 2012, *Les défis territoriaux face au vieillissement*, Paris, La Documentation française.
- Viriot Durandal J.-P., Scheider M., 2016, La démarche Villes et communautés amies des aînés, *Vie sociale*, n° 16, p. 177-194. <https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0177>
- Yin R. K., 2009, *Case study research: design and methods* (5^e ed.), Thousand Oaks, Sage.

ANNEXE 1

ANNEXE 1 Trois chantiers de recherche MADA

Projet	Projets pilotes (2008-2013)	MADA INNOV (2013-2017)	MADA INNOV (2013-2017)
Résumé de l'étude	Évaluation de l'implantation de la démarche MADA dans 7 projets pilotes au Québec	Étude de l'émergence d'innovations sociales issues des différentes formes de gouvernance, sur le plan des environnements bâtis et sociaux	Étude sur la conception et l'administration de questionnaires sur le suivi du programme MADA Évaluation de chacune des étapes de la démarche
Objectifs	<p>1) Faire ressortir les conditions facilitantes ainsi que les obstacles au déploiement des projets-pilotes</p> <p>2) Mettre en lumière les rôles de la coordination, de la complémentarité et de la cohérence dans la démarche MADA</p>	<p>Faire ressortir les facteurs d'émergence des innovations sociales dans les municipalités participant à MADA</p> <p>Capter et clarifier les facteurs d'émergence de problèmes vécus par les municipalités (ou MRC) sélectionnées</p> <p>Explorer les façons de remédier aux difficultés vécues par les municipalités (ou MRC)</p>	<p>Le premier questionnaire (A) avait pour objectifs de mieux connaître les municipalités et les contextes d'implantation des programmes MADA, d'évaluer le processus de la démarche de façon détaillée et d'identifier les premiers effets liés à son implantation.</p> <p>Le deuxième questionnaire (B) s'intéressait aux effets perçus par les municipalités</p>
Méthode	Devis d'étude de cas multiples (n = 7) réalisé auprès de villes, municipalités et MRC urbaines et rurales	Devis d'étude de cas multiples (n = 19) réalisé en deux échantillons : les milieux avec innovations sociales et les milieux qui	L'échantillon du questionnaire A a rejoint près de 50 % des municipalités ayant entrepris la démarche (n = 362). Le questionnaire B a été

		rencontrent des difficultés dans leur démarche	constitué à partir d'un sous-échantillon du questionnaire A (n = 196)
--	--	--	---

Source : Équipe de recherche MADA, Université de Sherbrooke.