



HAL
open science

Les dispositifs de prévention du vieillissement en France : articulations et place des activités physiques

Christine Caluzio

► To cite this version:

Christine Caluzio. Les dispositifs de prévention du vieillissement en France : articulations et place des activités physiques. Sociologie. Université Paris-Est, 2016. Français. NNT : 2016PESC0010 . tel-01686550

HAL Id: tel-01686550

<https://theses.hal.science/tel-01686550>

Submitted on 17 Jan 2018

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.

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ PARIS-EST

Délivré par :

Université Paris-Est Marne-la-Vallée – UPEM
Unité de Formation et de Recherche
Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UFR STAPS

École doctorale :

CULTURES ET SOCIÉTÉS

Unité de recherche :

ACP – Analyse Comparée des Pouvoirs (EA 3350)

Thèse présentée et soutenue par

CALUZIO Christine Marine Laure

Le lundi 03 octobre 2016

TITRE :

**Les dispositifs de prévention du vieillissement en France :
articulations et place des activités physiques
PARTIE I**

Thèse dirigée par **COLLINET Cécile**, UPEM, PU

Thèse codirigée par **SCHUT Pierre-Olaf**, UPEM, MCF HDR

Rapporteur : Luc Collard, Université Paris Descartes, PU

Rapporteur : Eric Dugas, Université Bordeaux, PU

Président du jury : Dominique Bodin, Université Paris-Est Créteil, PU

Examineur membre du jury : Pia-Caroline Henaff-Pineau, Université Paris Sud, MCF

Résumé

Pendant près d'un siècle, la France construit une politique de la vieillesse résultant de la progressive mise sur l'agenda politique de la question du vieillissement de la population dont la prise en charge se tournera récemment vers la problématique de sa prévention dans l'objectif d'un « vieillissement actif », en santé et/ou d'un « bien-vieillir ». Dans cette perspective, nourrie des avancées scientifiques et des transformations sociales, la prévention du vieillissement va intégrer dans les différents textes et dispositifs les activités physiques et sportives (APS) comme outil fondamental. On observe ainsi au détour des années 2000 en France, l'inscription des APS au sein des politiques publiques de prévention. Notre travail se propose de tracer la place des APS dans les différents textes de politique de la vieillesse au niveau international et national pour comprendre quand, comment et pourquoi celles-ci apparaissent incontournables. Nous plaçons aussi la focale sur les différents dispositifs de prévention du vieillissement mobilisant les APS aux différentes échelles des politiques publiques en France. Nous mettons alors au jour la présence d'une multitude d'acteurs publics et privés issus de secteurs d'activités différents et une forte fragmentation des dispositifs ainsi qu'une pluralité de modèles d'interventions dont les formes de coordination restent partielles.

Mots clefs : Vieillissement – APS – AP – Prévention – Dispositifs d'intervention – Articulations

Summary

For nearly a century, France has been gradually building its policy on ageing, as the topic took a larger and larger part in the political agenda. It has recently concentrated on prevention, to aim for active ageing, healthy ageing or ageing well. As a result, in a backdrop of scientific progress and social transformations, sports and physical activities have become the main tool of ageing prevention strategies.

It was in the 2000's that sports and physical activities became fully part of the French public policy for prevention. Our research is especially concerned with the international and national ageing policies, which use sports and physical activities as a privileged tool to keep seniors healthy. The aim is to understand when, how and why sports and physical activities became the cornerstone of these policies.

We will also focus on the various schemes which rely on sports and physical activities and which are currently implemented across the country at each level of public policy making.

We will show that there are a huge number of private and public actors, with all kinds of expertise, who take part in these schemes. The programmes of action are numerous and varied, but appear fragmented and sometimes lacking in coordination.

Key words: Ageing – Sports and physical activities – Prevention – Strategies – Coordination

Table des matières

Résumé	3
Summary	4
Table des matières	5
Remerciements	11
Liste des acronymes	12
Introduction	14
a. Personnes âgées, vieillesse et vieillissement	14
i. Indicateurs chiffrés	14
ii. La modification de l'image de la vieillesse	16
iii. Les différentes théories du vieillissement	20
iv. Comment redéfinir les personnes âgées ?	24
b. L'évolution générale de la prise en charge politique des personnes âgées	28
a. La vieillesse problème	28
b. L'inévitable déploiement de la prévention	30
c. Évolution des modes de vie des plus âgés et transformations sociales	35
d. Appuis théoriques	40
i. Des politiques publiques pensées en terme de séquences	40
1. Définition des politiques publiques	40
2. Mise en œuvre des politiques publiques	42
3. Réception des politiques publiques	48
ii. Les différentes échelles d'interventions : changements, articulations et la territorialisation des actions	50
e. Problématique	59
i. La mise en politique de la prévention du vieillissement	59
ii. Les dispositifs de prévention	60
iii. Le triptyque des articulations	61
iv. La place des AP au sein de ce schéma complexe	62
f. Éclairage méthodologique	63

PARTIE 1 - LES POLITIQUES PUBLIQUES..... 68

La progressive mise sur agenda politique de la question de la vieillesse, tributaire de son évolution conceptuelle : construction de la politique de la vieillesse en France..... 69

- a. 1910-1979 : De l'assistance à l'éducation..... 70
 - i. 1910-1960 : L'assistance aux plus démunis..... 70
 - ii. 1961-1979 : La création d'une politique de la vieillesse 72
- b. 1980-1988 : Entre reconnaissance et bipolarité 78
 - i. 1980-1982 : La reconnaissance gouvernementale des personnes âgées 78
 - ii. 1983-2000 : La bipolarité des politiques publiques 82

La construction des politiques de prévention du vieillissement en santé en France : soupe primitive et ouverture d'une fenêtre d'opportunité 91

- a. La mise sur agenda politique du problème du vieillissement (rappel)..... 92
- b. Les ingrédients phares de la soupe primitive nourrissant l'action politique 92
 - i. L'éducation de la population vieillissante au service de la prévention : l'INPES 93
 - ii. La nécessaire coordination dans les politiques de prévention du vieillissement : le Comité Avancée en Âge 94
 - iii. Les seniors autonomes, le nouveau public cible : changement de regard de l'action publique..... 96
 - iv. Le vieillissement actif puis le vieillissement en bonne santé : notions centrales européennes..... 97
 - v. L'adaptation de la société à l'ensemble de la population vieillissante : VADA ou le gage d'une prévention effective sur les plans moteurs, cognitifs et sociaux 103
- c. Naissance d'un contexte favorable à la mise en place d'une politique de prévention du vieillissement par les décideurs publics : l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité..... 107
 - i. Le Programme Bien Vieillir, 2003 107
 - ii. Le Plan National Bien Vieillir, 2007..... 108
- d. Création d'une politique de prévention du vieillissement contemporaine : lorsque la soupe primitive et la fenêtre d'opportunité servent l'engagement des actions publiques 110
 - i. La nomination d'experts : aide à la réflexion politique 110
 - 1. L'adaptation..... 115
 - 2. L'anticipation 118
 - 3. L'accompagnement 119
 - 4. La valorisation de l'échelon local 121
 - ii. Écllosion d'une nouvelle loi et de nouvelles politiques publiques en adéquation 123

PARTIE 2 - LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET LES DISPOSITIFS..... 134

L'évolution favorable de la place des activités physiques et/ou sportives comme facteur déterminant d'un vieillissement en santé : l'initiale prise en considération et hégémonie des APS, rattrapée par la montée en puissance et valorisation des AP 135

- a. Des connaissances scientifiques de plus en plus précises 136
 - i. L'ouverture du champ épidémiologique des APS : conception énergétique de la pratique sportive..... 136
 - ii. Actualisation du champ épidémiologique : reconnaissance du bienfaits des AP, symptôme d'une pratique plus accessible, reflet des pratiques effectives..... 139
 - iii. La spécificité de la pratique physique des seniors : spécialisation des recommandations antérieures . 141
- b. L'opérationnalisation des recommandations scientifiques 144
 - i. La pratique d'APS : profil de seniors sportifs licenciés en associations synonyme d'intégration par le monde sportif 146
 - ii. La pratique d'AP : intégrée dans la vie quotidienne des seniors synonyme d'activation générale des corps et de prise en considération par l'ensemble des acteurs de la cité 152

Les APS dans les dispositifs de prévention du vieillissement : l'investissement différencié de multiples acteurs, reflet fragmentaire et diversifié d'un maillage pluriel 166

- a. Les acteurs de la santé : financeurs et coordonnateurs de modes d'interventions 166
 - i. L'apparente fragmentation de l'offre : des modes de financement des caisses de retraite configurant des modes d'interventions particuliers 166
 - ii. La tentative de coordination..... 172
- b. Les acteurs du sport adapté : prestataires des modes d'interventions du milieu sanitaire 180
 - i. Des organisateurs spécialistes de la pratique senior..... 180
 - ii. Des financeurs issus du secteur de la santé..... 186
- c. L'interrégime, un mode original de coordination territoriale entre acteur de la santé et acteur du sport adapté : l'exemple des ateliers du PRIF 187
- d. Les acteurs du sport : inscription mitigée au sein d'un sport senior 192
 - i. Des modèles d'actions spécifiques..... 192
 - ii. Des logiques de protection des modes d'interventions face à la concurrence 204
 - iii. Des financeurs publics soumis aux besoins d'unité des actions 205
- e. Les acteurs politiques du monde social : un investissement différencié et localisé 217
 - i. Élévation de barrières aux dispositifs au profit d'autres problématiques 217
 - ii. Modes d'interventions singuliers portés par les CLIC sur leur commune d'implantation 221

Table des matières n° 2.....	230
-------------------------------------	------------

PARTIE 3 - LE DÉPLOIEMENT DES DISPOSITIFS INTÉGRANT LES ACTIVITÉS PHYSIQUES À L'ÉCHELLE COMMUNALE..... 236

La commune, centre névralgique de la prise en charge du public âgé : un état des lieux fragmenté, diversifié et coordonné 237

a. Présentation du terrain d'investigation	238
b. La fragmentation communale : multitudes d'acteurs et de modes d'interventions caractérisés par des fonctionnements en vases clos	242
i. Les acteurs municipaux : opérateurs traditionnels de la prise en charge de l'action sociale en faveur des personnes âgées.....	242
1. CCAS : la valorisation de l'APA par les acteurs sociaux au-delà des missions traditionnelles	244
a. Les AP, un champ hors compétences	244
b. La délégation aux services des sports et/ou aux associations sportives	245
c. Politique d'activation générale construite via les espaces urbains	246
d. L'offre directe d'APA	247
2. Services des sports : des modes d'interventions indirects.....	251
a. La délégation aux associations sportives	251
b. Une politique d'activation générale construite via les espaces urbains.....	254
3. La déconnexion et la fragmentation des dispositifs d'interventions des services municipaux	258
ii. Les acteurs du monde sportif : opérateurs potentiels de la pratique d'APS, APA et APAS en direction des seniors	260
1. La rencontre entre politique associative et politique fédérale	263
2. L'anecdotique rencontre entre politique associative et politique municipale	265
3. Une minorité d'offre effective d'une activité adaptée aux seniors	266
4. Le monde sportif peu enclin à l'offre d'une pratique senior	273
iii. Les dysfonctionnements au sein des articulations	274
1. L'enjeu de la hiérarchisation des priorités politiques tributaires de « l'ethos » et des relations interpersonnelles	274
2. Les priorités de dépenses.....	280
3. Les spécificités de la commune.....	281
4. L'absence de coordination au sein de domaines de compétences distincts	283
5. Le phénomène du jeu de la concurrence	285
iv. Conclusion de la sous-partie : les acteurs sociaux au cœur de l'offre de service	289

c. La richesse communale : une coordination révélée par la mise en œuvre effective de dispositifs originaux.....	290
i. Lorsqu'un service des sports se coordonne avec un CCAS et des associations sportives de la ville dans un même but : la rencontre et la mise en mouvement des seniors, l'exemple de Breuillet.....	290
ii. Lorsqu'un service des sports innove : offre directe d'APS et APA, l'exemple de l'école des sports de Roissy-en-Brie.....	293
d. Conclusion générale du chapitre : des investissements différenciés, déconnectés et valorisant la pratique des APA.....	295

PARTIE 4 - LES PRATIQUES EFFECTIVES DES SENIORS..... 297

Les pratiques en pratique : l'articulation des parcours de vie individuels et des modes d'interventions déployés en territoire nourris par les recommandations internationales..... 298

a. Les plus de 60 ans autonomes : une multitude de profils au sein d'une même catégorie.....	305
i. Caractéristiques générales de l'échantillon.....	305
1. Critères sociodémographiques.....	305
2. Modalités de la pratique physique.....	308
3. Les freins aux pratiques.....	311
4. Désintérêt des seniors face aux modes d'interventions des services municipaux.....	312
ii. Des pratiques physiques motivées par quatre raisons : mise au jour des profil-types tributaires des parcours de vie.....	314
1. Les « Sport-Passion » : profil en adéquation avec les modes d'interventions des fédérations sportives et des APS.....	317
2. Les « Néo-Sportifs » : parcours reflet des actions des fédérations sportives spécialisées en APA.....	320
3. Les « Sport-Santé » : mise en mouvement similaire aux modèles des groupements associatifs spécialisés en APA et APAS.....	323
4. Les non-pratiquants : approche, sensibilisation et pratique envisageables via les modèles d'interventions des acteurs socio-sanitaires.....	327
b. Les plus de 60 ans dépendants : éclairage sur les personnes placées en EHPAD.....	333
i. Caractéristiques générales des résidents enquêtés.....	333
ii. La spécificité de leurs pratiques physiques : entre proposition de l'établissement et engagement du résident, la désarticulation entre l'offre et la demande.....	339
c. Les freins aux pratiques : leviers d'actions.....	344
d. Conclusion générale du chapitre : la rencontre effective entre les dispositifs d'interventions et la majorité des parcours de vie symbole de l'articulation entre décideurs, opérateurs et receveurs.....	346

Conclusion	351
Bibliographie	361
Liste des encarts	379
Liste des figures	380
Liste des tableaux	381
Annexes	382
Annexe 1 –	382
Annexe 2 –	398
Annexe 3 –	405
Annexe 4 –	410
Annexe 5 –	428
Annexe 6 –	435
Annexe 7 –	438
Annexe 8 –	450
Annexe 9 –	455
Annexe 10 –	467
Annexe 11 –	476
Annexe 12 –	480

Remerciements

Je commencerai par remercier mon duo gagnant : Cécile et Pierre-Olaf. Merci d'avoir jalonné mon chemin de vos conseils avisés. Mon travail en a grandement été tributaire et amélioré.

Merci aux membres du projet PICRI, composé de compétences différentes, ma thèse en a bénéficié.

Merci à l'équipe du GREHSS qui a permis de nourrir les réflexions.

Merci à l'équipe du laboratoire ACP d'avoir soutenu ce projet.

Merci à tous les enseignants du STAPS de l'UPEM d'avoir contribué, d'une manière ou d'une autre, à ce travail.

Et enfin, merci aux secrétaires Marie-Ange, Valérie et Thanh-Ha d'avoir fait partie de mon chemin universitaire.

Liste des acronymes

ADAL : À la Découverte de l'Âge Libre

Agirc-Arrco : l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés

AGSMC : Association Gérontologique Seine et Marne Centre

AP : activités physiques

APS : activités physiques et sportives

APA : activités physiques adaptées

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

APAS : activités physiques adaptées en santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVTS : Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés

CAF : Centre Allocations Familiales

CARSAT : Centre Régional d'Assurance Maladie

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDOS : Centre Départemental Olympique et Sportif

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNDS : Centre National Développement Sportif

CNRPA : Comité National des Retraités et Personnes Âgées

CODEP GV 77 : Comité Départemental de Gymnastique Volontaire 77

CODERPA : COmités Départementaux des Retraités et Personnes Âgées

COG : Convention d'Objectif et de Gestion

CNOSF : Centre National Olympique Sportif Français

CRAMIF : Caisse Régional d'Assurance Maladie Île-de-France

CROS : Centre Régional Olympique et Sportif

CROSIF : Centre Régional Olympique et Sportif d'Île-de-France

DDJSCS : Direction Départemental de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DRJSCS : Direction Régional de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETAPS : Éducateur Territorial des Activités Physiques et Sportives
FFE : Fédération Française d'Escrime
FFEPGV : Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire
FFEPMM : Fédération Française d'Entraînement Physique dans le Monde Moderne Sport pour tous
FFG : Fédération Française de Golf
FFKDA : Fédération Française de Karaté et Disciplines Associées
FNG : Fondation Nationale de Gérontologie
FNSMR : Fédération Nationale du Sport en Milieu Rural
FFRS : Fédération Française de la Retraite Sportive
INED : Institution National d'Études Démographiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSEP : Institution National du Sport et de l'Expertise et de la Performance
INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Nations Unies
PRIF : Prévention Retraite Île-de-France
PSSB : Plans Sport Santé Bien-Être
UFOLEP : Union française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique
RFVADA : Réseau Français Villes Amies Des Aînés
RSI : Régime Social des Indépendants
Siel Bleu : Sport, Initiative Et Loisirs Bleu
STAPS : Sciences Techniques des Activités Physiques et Sportives
UE : Union Européenne
VADA : Villes-Amies des Aînés

Introduction

a. Personnes âgées, vieillesse et vieillissement

i. Indicateurs chiffrés

Entre 1750 et 1985, le pourcentage de personnes atteignant 60 ans est passé de 42 % à 82 %. Depuis, l'arrivée à cet âge charnière ne représente plus un objectif pour les chanceux mais bien la normalité pour la majorité (Bourdelaïs, 1997).

Grâce aux rapports et projections établies par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), nous savons que la part des personnes âgées au sein de la population globale française ne fait qu'augmenter (Tableau 1) avec une masculinisation dans le grand âge, au départ plutôt propre aux femmes.

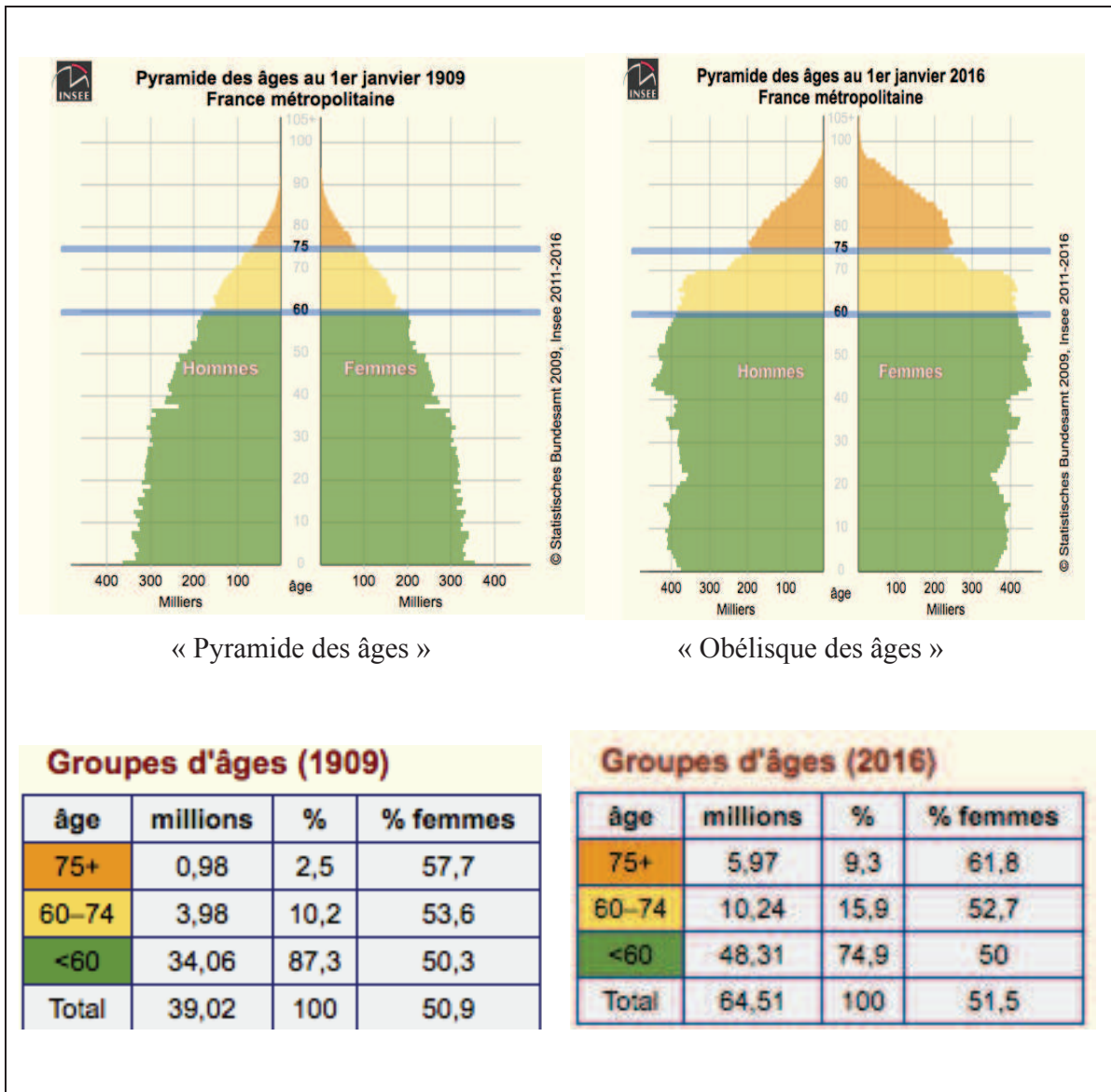
Année	60 ans et plus en millions	75 ans et plus en millions	Part des 60 ans et plus	Part des 75 ans et plus	Part de femmes chez les 75 ans et plus
1962	8	2	17 %	4,5 %	66 %
1990	11	4	19 %	7 %	75 %
2013	15	6	24 %	9 %	63 %
2060	24	12	32 %	16 %	58 %

Tableau 1 - Évolution démographique des 60 ans et plus en France

En relation avec l'arrivée des générations moins nombreuses en effectif et le maintien de la tendance à l'augmentation des durées de vie, la pyramide des âges¹ de la population française vit une profonde mutation depuis le début du XX^{ème} siècle. Nous passons véritablement d'une

¹ Définition de l'INSEE : « La pyramide des âges représente la répartition par sexe et âge de la population à un instant donné. Elle est constituée de deux histogrammes, un pour chaque sexe (par convention, les hommes à gauche et les femmes à droite), où les effectifs sont portés horizontalement et les âges verticalement. Les effectifs par sexe et âge dépendent des interactions passées de la fécondité, de la mortalité et des migrations. »

pyramide des âges à un « obélisque » des âges. C'est-à-dire que nous arrivons à une période où il y a moins de jeunes et plus vieux qu'auparavant dans notre société, la société subit ainsi un choc démographique passant d'une pyramide des âges à un obélisque (Encart 1).



Encart 1 - Évolution démographique français

Cette explosion démographique, semblable à une révolution démographique, que représente la hausse du pourcentage des personnes de 60 ans ou plus au sein de la population globale a

plusieurs raisons. En effet, les progrès médicaux sont inévitablement associés à une meilleure espérance de vie. De plus, le fait que la personne âgée soit devenue un pôle stable de la société, et de la famille, favorise l'échange avec les autres générations. Cette interaction intergénérationnelle agit sur les conditions de vie favorables à un recul de l'espérance de vie. En outre, le pays n'a pas connu d'événement dramatique majeurs depuis 1945. Et enfin, et surtout, les politiques d'assistance, d'aide et de prévention ont largement favorisé les conditions de vie des personnes âgées. Et c'est sur ce dernier point que nous allons centrer notre intérêt.

ii. La modification de l'image de la vieillesse

Un ouvrage de Bois (1994) ainsi qu'une publication de l'Observatoire des retraites (2009), nous aident à dresser un historique de la vision portée par la société sur les personnes âgées. En effet, la France verra le passage consécutif de plusieurs visions de la personne âgée et de la vieillesse. Tout d'abord, la vieillesse-ignorance est caractéristique du Moyen Âge. À cette époque, la société est peu favorable au vieillissement (guerres, peste noire, endémies). De plus, il n'y a pas de connaissance d'âge précis. La seule valeur faisant foi est celle d'être capable ou non de se battre ou de moissonner. Une certaine ignorance est portée sur le vieillard incapable d'être agriculteur ou guerrier (sauf pour les membres du Clergé qui bénéficient de nombreux avantages). Il n'y a pas de dualité entre jeune et vieux mais entre fort et faible, les notions d'âges chronologiques ne peuvent pas constituer d'importance. La fontaine de Jouvence, par le rêve de jeunesse éternelle berce cette période. Le vieillard est donc simplement ignoré.

Vient ensuite la vieillesse-pessimisme (XVI^{ème} siècle et XVII^{ème} siècle). Elle est caractérisée par la vieillesse-pauvre du XVI^{ème} siècle et la vieillesse-assistance du XVII^{ème} siècle. La première partie voit la valorisation de la jeunesse, l'exaltation même, au détriment de la vieillesse, accusée d'être tournée vers le passé et non l'avenir. L'âgisme envers les femmes prend racine à ce moment-là. Elles sont représentées comme des sorcières, entre l'homme et le diable.

Le vieillard est alors vu comme jaloux, aigri, râleur, faible et porteur d'encore bien d'autres défauts. L'ignorance médicale favorise aussi la décrépitude des vieillards, la vieillesse pauvre supporte le fardeau de nombreux stigmates qui lui colleront à la peau pour encore des siècles : solitude, maladie, misère, décrépitude, mort.

Dans la seconde partie, la vieillesse sans ressource devient un problème social, on passe ainsi de la vieillesse-pauvre à la vieillesse-assistance (avec en 1673 la première pension pour les marins). Cependant ce pessimisme est contrecarré par l'apparition de la vieillesse-optimisme du XVIII^{ème} siècle. Gutton parle même de « *naissance des vieillards* » (Gutton, 1988) pour qualifier cette période. Nous sommes dans une vieillesse-sage, où la société découvre les enfants et les vieillards avec la même émotion. La progression de la médecine n'y est pas étrangère mais les Lumières prônent le bon vieillard, l'image de la bonne vieillesse, de la vieillesse aimée. Des qualités non négligeables viennent alors avec l'avancée en âge. Après l'exaltation de la jeunesse, c'est l'exaltation de la vieillesse qui prend forme. Dans cette mouvance plusieurs lois et décret en leur faveur sont adoptés dont l'obligation d'assistance envers les vieillards démunis². Nous assistons alors à une réelle prise en charge des personnes âgées doublée de la diffusion d'une image valorisante et valorisée.

La forte opposition entre vieillesse optimisme et pessimisme vient s'adoucir avec la vieillesse-équilibre du XIX^{ème} siècle. En effet, nous retrouvons alors une vieillesse-prévention-sociale car il y a une forte croissance démographique qui verra pour la première fois un vieillissement de sa population. Il y a une augmentation du nombre de vieux dû à la baisse de la mortalité et une diminution de la natalité, cette part grandissante que représentent les personnes âgées au sein de la population globale devient alors un problème social. Pour y répondre, nous avons vu que la fécondité est mise en avant et que la définition du vieillissement collectif est posée. Un équilibre est alors recherché entre population vieillissante et population naissante mais aussi entre vieillesse bourgeoise et vieillesse qui demeure encore pauvre, équilibre envisageable grâce aux mesures d'assistance mise en place à cette époque (1831 pensions pour militaires, 1853 pour les fonctionnaires civils, 1894 pour les mineurs, etc.).

Le vieillissement de la population a plus souvent été jugé comme étant néfaste pour l'État que signe d'une chance ou d'une opportunité et ce pour la majorité des périodes historiques. Ainsi, en

² Décret du 28 juin 1793 : « Le vieillard indigent sera secouru aussitôt que l'âge ne lui permettra plus de trouver dans le travail des ressources suffisantes contre le besoin ». Loi du 07 octobre 1796 : principe de responsabilité communale en matière d'assistance.

1895, Berthillon³ offre la première vision d'un vieillissement collectif en comparant la société à une forêt (Bertillon, 1895, p. 431). En épargnant des coupes, on ne fait que faire vieillir sa forêt⁴. En 1928-1929, Sauvy⁵ définit le vieillissement de la population comme étant « *le remplacement de personnes, d'un groupe d'âge donné, par de nouveaux effectifs moindres.* ». Il rendra un rapport catastrophique (à la demande de l'Alliance nationale) dont s'empare Boverat (secrétaire général de l'Alliance Nationale) en 1935 afin d'expliquer comment « *la dénatalité conduit au vieillissement de la population et à la ruine.* ». Puis, en 1946, Boverat écrit un livre entièrement basé sur le vieillissement de la population, ce qui comblera une lacune dans le domaine. Comme vu précédemment, là aussi, ce vieillissement entraîne des inquiétudes sociales. De ce fait et afin de toucher l'opinion publique, Boverat s'adresse directement au lecteur, le rendant alors acteur, voire responsable, de l'état du pays. Il commence son ouvrage par un interpellant « *Quelles ressources aurai-je lorsque je serai vieux ?* ». S'en suivent les avantages concédés à la natalité permettant à elle seule de combler les fossés creusés par une population vieillissante. En effet, est prôné le fait que le manque de jeunes mettra en péril le régime de retraite. Pour cette période, la représentation alarmiste du vieillissement de la population est légitimée par l'importance économique du pays à avoir plus de jeunes que de vieux, mais aussi par les conséquences au niveau international d'avoir une population vieillissante.

³ Médecin de formation, Berthillon deviendra statisticien et démographe. Propagandiste « nataliste », il fonde en 1896 l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française et multiplie les alertes à la dénatalité, qui affaiblit la France de la « revanche », face à l'Allemagne.

⁴ « *On peut comparer encore une société humaine à une forêt d'une étendue déterminée. Dès que le bûcheron fait des clairières dans la forêt, les rejets et les stolons bourgeonnent de toutes parts, et la forêt se reconstitue, sans qu'on ait à s'occuper de son peuplement. S'il en est autrement, c'est qu'il y a quelque vice, quelque germe malfaisant qui contrarie l'effet bienfaisant de la nature. Il faut alors que le forestier recherche cette cause de stérilité et la détruise ; qu'il écarte la dent dévastatrice des chèvres et les autres animaux nuisibles qui détruisent les jeunes pousses de sa forêt. Mais que dire de celui qui, contre un pareil malheur, n'imaginerait autre chose que d'écartier la hache du bûcheron et de conserver ses arbres indéfiniment ! Il n'arriverait qu'à vieillir (souligné par nous) inutilement sa futaie, et, finalement, serait vaincu dans cette lutte contre la mort : car, la loi des sociétés vivantes, des forêts comme des nations, c'est le renouvellement perpétuel des Êtres. L'œuvre impossible tentée par ce forestier ignorant n'est autre que celle que conseillent les médecins trop confiants dans leur art.* » (Bertillon, 1895, p. 431).

⁵ Sauvy est un économiste, démographe et sociologue. Il dénoncera les phénomènes de dénatalité et de vieillissement.

La première moitié du XX^{ème} siècle est donc marquée par la poursuite de la dualité optimisme-pessimisme avec la réapparition de la vieillesse pessimiste, largement appuyée par les actions de l'Alliance Nationale. Dans la continuité du siècle passé, la natalité est toujours mise en avant afin de répondre aux enjeux politiques et économiques qu'entraîneraient un vieillissement trop important de la société française mais aussi avec l'aide toujours plus accrue fournie aux démunis. En outre, au-delà de l'aspect négatif, cette période fait du vieillissement un problème à résoudre.

Il semble que les représentations contemporaines de la vieillesse se trouvent organisées autour de deux pôles. Héritage des visions qui ont jalonné la deuxième partie du siècle. Ainsi, le premier pôle présente l'image d'un retraité actif et utile à ses proches tout comme à la société. Le second plutôt tributaire de l'image de « *la personne âgée dépendante* » qui attend la mort prisonnière de ses incapacités (Caradec, 2001, p. 28). Ces deux façons de vivre et subir l'avancée en âge renvoient à la partition de celle-ci en deux phases, celle du 3^{ème} et du 4^{ème} âge. L'équilibre entre vision optimiste et pessimiste conduit à une nouvelle-vieillesse (XX^{ème} siècle). La première étant définie comme la négociation de la vieillesse, prolongement de la vie adulte et temps d'accomplissement de soi. Dans cette perspective optimiste, l'expression « *invention du paradis* » (Bourdelaïs, 1997, p. 7) devient le qualificatif des plus de 60 ans (temps libre, santé, pouvoir d'achat).

La seconde phase (4^{ème} âge) est considérée comme la « vraie vieillesse ». La réserve dont fait preuve la société face aux aînés peut se transformer dès lors en hostilité ouverte.

La nouvelle vieillesse du siècle précédent (vieillesse heureuse/3^{ème} âge), donne naissance aujourd'hui à une vieillesse-dualité. Où s'affronte la vieillesse-consommation et la vieillesse-dépendance, représentant respectivement la vieillesse-optimisme et la vieillesse-pessimisme.

Ce découpage des âges de la vie sous-entend que ces phases sont successives et que celle de la dépendance est vécue, et sera vécue, par tous les Hommes. Peut-être que ces deux visions, effectivement présentes, ne sont pas forcément successives. Il serait intéressant de savoir si pour les personnes âgées et les acteurs s'inscrivant dans le champ de la vieillesse (État, collectivités territoriales, caisses de retraite, associations, etc.) ces deux phases peuvent être indépendantes et surtout si les méfaits caractéristiques imputés au 4^{ème} âge, peuvent être évités. La « vraie vieillesse » pourrait ainsi ne pas l'être.

Il apparaît qu'outre ces notions de 3^{ème} et 4^{ème} âges, il est possible de distinguer trois modes évolutifs du vieillissement (Rowe et Kahn, 1987), indépendants des âges chronologiques. Il y aurait un vieillissement associé à des maladies et/ou des handicaps, un vieillissement normal sans pathologie mais avec des risques d'en développer et enfin un vieillissement avec une absence de pathologie et des fonctions physiologiques peu atteintes (qualifié de « *vieillesse réussie* »⁶). La dépendance imputée au 4^{ème} âge est alors véritablement évitable, ainsi le 4^{ème} âge n'est pas nécessairement vécu par toutes les personnes âgées.

iii. Les différentes théories du vieillissement

La vieillesse, en tant qu'étape de la vie, renvoie à une nébuleuse aux contours flous extrêmement variables d'une société à une autre, d'une génération à une autre et d'un individu à un autre. Cependant l'âge chronologique ne varie pas selon le contexte, quel qu'il soit, quand la personne a 60 ans, elle a 60 ans, peu importe ses états physique et cognitif. C'est pourquoi cette catégorisation a été choisie par les politiques sociales qui se sont vues dans l'obligation de définir un âge minimum afin de prétendre à une pension de retraite. Ainsi, en France et en Allemagne, contrairement aux États-Unis et en Grande-Bretagne, l'âge chronologique est choisi comme critère de catégorisation sociale : les travailleurs de plus de 60 ans sont exclus du marché de l'emploi, ils deviennent des « retraités ». Dès lors que des catégories sont instituées, quelles qu'elles soient, des luttes entre ces catégories peuvent apparaître car elles favorisent la diffusion de représentations (négatives ou positives) sur la vieillesse qui lui deviennent alors extrêmement liées. C'est ainsi qu'une classe sociale uniformisée « retraités » a été construite sur l'unique critère de l'âge chronologique. Cette définition peut en revanche entraver les analyses sociologiques car la catégorie des retraités est naturellement constituée d'une multitude de profils.

On a toujours parlé de lutte des classes mais une nouvelle lutte serait en marche : la lutte des âges. En effet, certains auteurs s'accordent à mettre au jour une lutte intergénérationnelle (Baudelot et Establet, 2000 ; Caradec, 2001 ; Chauvel, 2002 ; Hourriez et Legris, 1995). C'est

⁶ Dont nous aborderons le sujet plus loin.

ainsi que l'âgisme⁷ met en avant la position inférieure qu'occupent alors les personnes âgées au sein de la société occidentale. Il renvoie à tout un ensemble de croyances (renforcé par les politiques, comme celles affichant un âge chronologique pour le retrait du marché du travail) qui produit et entretient une peur ou un mépris vis-à-vis du processus du vieillissement.

Quoi qu'il en soit, l'âge de la retraite (62 en moyenne, en France) est une réalité. Et celle-ci fait référence à une certaine catégorie d'individus, les retraités. Cependant, chaque retraité ne vit pas de la même manière cette fin des obligations professionnelles. Bien qu'une variable soit constante : la fin de l'activité professionnelle, la mise à la retraite, voulue ou forcée, constitue un turning point central dans les travaux. Guillemard et la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) proposent alors de dresser une typologie des retraites qui ont l'avantage d'aider à voir plus clair dans les multiples retraites vécues sur le terrain. Bien que Guillemard défende depuis quelques années l'importance de déconstruire les catégories, celles établies sur les différentes façon de vivre sa retraite sont différentes de celles qui mettent en jeu des notions d'âges chronologiques (Guillemard, 1972) :

- la retraite-retrait : les personnes vivent repliées sur elles-mêmes et les seules activités entreprises sont de type biologique pour assurer l'entretien vital ;
- la retraite-troisième âge : la personne retraitée développe une nouvelle activité de production qui tend à remplacer l'activité professionnelle ;
- la retraite-consommation : elle se retrouve sous deux variantes, la retraite-loisirs centrée sur la consommation de masse et la retraite-famille centrée sur les contacts et les échanges familiaux ;
- la retraite-participation : elle est caractérisée par l'acceptation du rôle non productif des retraités et une consommation intense de masse média, définissant un mode de vie sédentaire ;

⁷ Butler crée la notion « ageism » exprimant une attitude de préjugés négatifs face aux personnes âgées et au processus du vieillissement (Perrig-Chiello, 2001). L'âgisme prend alors plusieurs formes. L'âgisme conflictuel décrit les âgés comme ayant une sécurité financière et étant politiquement un groupe puissant qui a imposé un fardeau financier au reste de la société (personnes âgées perçues comme un fardeau financier). L'âgisme marketing renforce l'image de prospérité de la population âgée en qualifiant les personnes de plus de 50 ans de seniors ayant un important potentiel économique (en opposition avec la définition précédente, vision consumériste de la population âgée.). L'âgisme compatissant met en avant la dévaluation sociale des personnes âgées.

- la retraite-revendication : elle se distingue par la contestation de la place accordée aux retraités dans la société et l'engagement dans de nombreuses activités sociales du même groupe d'âge (associations de retraités).

La typologie de la FNG (Tableau 2) permet, en plus de catégoriser les différentes façons de vivre sa retraite, d'identifier le type de retraités surreprésenté au sein des différentes retraites vécues. Dès lors, le sexe, la situation personnelle (marié, veuf, seul) et la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance se dressent comme facteurs déterminants.

Typologie	Niveau des d'activités	Caractéristiques des activités	Niveau et nature de la sociabilité	Catégories surreprésentées
Retraite loisir	Fort	Nouvelles	Moyen : associative plus que familiale et amicale	Cadres, employés, femmes
Retraite conviviale	Fort	Traditionnelles	Fort : familiale, amicale et associative	Ouvriers, hommes
Retraite intimiste	Moyen	Traditionnelles	Moyen	Ouvriers, hommes
Retraite retranchée	Faible	Traditionnelles	Moyen : Surtout familiale	Cadres, femmes, personnes seules
Retraite abandon	Très faible	X	X	Employés, ouvriers, femmes, personnes seules

Tableau 2 - Typologie des retraites FNG

Ainsi, il existe plusieurs façons de vivre l'âge de la retraite et les auteurs travaillant dans le champ de la sociologie du vieillissement vont s'en saisir et qualifier trois processus qui vont entrer en concurrence pour décrire le vieillissement.

La première est celle de la continuité. Outre l'arrêt de l'activité professionnelle, le passage à la retraite et dans celui de l'âge de la vieillesse ne représentent pas de rupture franche dans le mode de vie de la personne. Le vieillissement réside alors dans le fait de préserver son style de vie propre (Atchley, 1989).

La théorie du désengagement (Cumming et Henry, 1961) quant à elle implique une réduction des relations et des rôles sociaux. Basé sur le fait que le déclin physiologique de l'individu l'empêche de poursuivre les mêmes rôles qu'auparavant, le désengagement revoie à la réduction des engagements et de la participation à la vie sociale. Et celui-ci est perçu comme une adaptation normale aux exigences de l'âge. Cette théorie se voit soutenue socialement via des institutions comme la retraite.

Malgré les nombreuses critiques adressées à la théorie du désengagement, il semble que certaines réalités puissent « *repandre l'intuition générale* » (Caradec, 2001) de celle-ci pour appréhender les processus d'organisation des modes de vie des personnes âgées. Les travaux de Barthe, Clément et Drulhe (1988) permettent effectivement le renouvellement de cette théorie en apportant une nouvelle notion, celle de déprise. Le désengagement total se voit nuancé pour indiquer clairement que les personnes peuvent simplement ne plus avoir de prise sur certaines choses. Cette déprise progressive du monde antérieurement construit ne peut être imputée à un âge chronologique spécifique et immuable. Ces déprises peuvent également être vécues de manière sereine, signifiant que l'on accepte de ne plus avoir de prise, ou bien au contraire prendre des formes inquiétantes et angoissantes (Clement et Mantovani, 1999).

À cette théorie du désengagement ou de déprise s'oppose la théorie de l'activité développée par l'école de Duke dans les années 1960. Le vieillissement repose ici sur le maintien volontariste des rôles sociaux ou l'engagement dans de nouvelles responsabilités sociales ou encore sur le fait de trouver des substituts convenables aux anciennes activités.

iv. Comment redéfinir les personnes âgées ?

Plusieurs définitions et termes renvoyant à la vieillesse apparaissent, ils se confondent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieux, seniors, vieillards, 3^{ème} âge, 4^{ème} âge, âge mûr, retraités, aînés, etc. Cette multitude de vocable existe pour diverses raisons dont l'une d'entre elles est la difficulté de poser des bornes, des limites fixes, un seuil à la vieillesse (Caradec, 2001).

Le 3^{ème} âge, apparu en France au début des années 1970 (Laroque, 1961 ; Lenoir, 1979) en opposition à la vieillesse (Caradec, 2001), propose un modèle de personnes âgées, actives, instruites et engagées. Il replace alors les personnes âgées au cœur de la modernité. La France se retrouve alors face à un discours nouveau qui remet en cause l'hypothèse d'un vieux qui entraîne de grandes difficultés sociales et économiques (Ulysse et Lesemann, 1997). La personne âgée a une place centrale et active au sein de la société actuelle (vision optimiste de la vieillesse de Bourdelais, 1997). En relation avec l'amalgame fait sur l'alarmante poussée du nombre de personnes âgées dépendantes, des discussions portent alors sur la délimitation entre un 3^{ème} âge et un 4^{ème} âge, afin de poser les contours de ces cas de figures différents (personne active et personne dépendante). Cette délimitation serait envisageable grâce à un critère déterminant, celui de la participation aux interactions et à l'intégration. À partir de ce critère, trois groupes d'âge sont mis en avant (Attias-Donfut, 1988). Le groupe des 50-70 ans qui est caractérisé par le temps libre, libéré des contraintes de l'entreprise, avec ou sans revenus suffisants et un engagement associatif, il renvoie aux seniors. Le groupe des 65-85 ans défini par le retrait et la vocable des personnes âgées. Et le groupe des 85 ans et plus qui représente la dépendance, le grand âge et la vieillesse. Chaque groupe d'âge se voit alors conférer une mission particulière. Mission qui prend la forme d'attentes dominantes selon l'âge biologique. Comme l'appuie Desrosières (2001) « *la classe d'équivalence*⁸ *est une convention* » issue des sciences juridiques et politiques. Ces constructions humaines affectent des droits et des devoirs communs à une classe d'Hommes définis par des lois, règlements, conventions ou de simples usages. L'âge est une catégorie affectant *a priori* des droits et des devoirs. Ainsi, jusqu'à l'âge mûr (45 ans et plus) il faut

⁸ La notion de « classe d'équivalence » est influencée par le modèle réaliste des sciences de la nature où l'on procède à des mesures (et non à des opérations de jugement) visant à coder, c'est-à-dire à affecter selon les conventions générales fixées a priori, des cas singuliers à des classes (Desrosières, 2001).

prévenir le vieillissement, pour la « préveillesse » (55 ans et plus), il faudra préparer la vieillesse, quant au 3^{ème} âge (65 ans et plus) être actif et se maintenir en forme sont indispensables et pour le 4^{ème} âge, il n'y a rien à faire, juste laisser place au déclin (Lenoir, 1979).

Cependant, l'état de dépendance imputé au groupe de 85 ans et plus, ne saurait être un critère, au contraire, il faudrait « *détruire ce concept* » (Moulias, 2009) car il représente quatre inconvénients majeurs. Il dénie la responsabilité d'une maladie en l'imputant à l'âge. Il fait douter de la nécessité d'une assurance puisque l'état de dépendance serait avéré et irréversible. Il dissuade les politiques de prévention de se mettre en place et d'agir, et enfin, il nuit à l'éducation à la santé et repousse la population et les médias vers des pratiques *anti-ageing* coûteuses et relevant du charlatanisme (Boudesseul, 2010). Quoi qu'il en soit, on assiste à un nouveau découpage du cours de la vie en quatre âges et le 4^{ème} âge (75 ans et plus ou pour d'autres auteurs 85 ans et plus) renvoie à la dépendance, la décrépitude et à la mort. Ce nouveau découpage est en train de reproduire les seuils qu'il voulait déconstruire initialement.

Car le 3^{ème} âge ne repousse-t-il pas les stéréotypes négatifs qu'ils lui incombaient au 4^{ème} âge ? En inventant ce 3^{ème} âge, les auteurs n'ont-ils pas repoussé les conséquences du vieillissement à un âge plus avancé, sans les réduire ? En voulant gommer les mauvaises connotations que véhiculait, au sein de la société, la personne âgée, elles n'ont fait qu'être déplacées. D'autant plus que le 3^{ème} âge est valorisé et ce au dépend du 4^{ème} âge. En effet, auparavant on craignait l'arrivée à l'âge de la retraite ou bien la retraite elle-même alors qu'aujourd'hui elle représente bien plus un moment propice à l'engagement ou au réengagement dans une activité (Henaff-Pineau, 2008). Les retraités issus de la catégorie du 3^{ème} âge concentrent alors tous les avantages : temps libre, santé et pouvoir d'achat.

Une autre définition de l'âge de la vieillesse est proposée et celle-ci renvoie à des catégorisations mettant en jeu l'état général de la personne concernée et non pas l'âge chronologique. L'âge physiologique (ou fonctionnel) appuie effectivement l'importance des marqueurs de la vieillesse sur le senior indépendamment de son âge chronologique ou subjectif. L'apparition de ride, de cheveux blancs, ou bien l'incapacité à faire quelque chose par exemple. Au sein de cette catégorisation, l'âge chronologique n'est pas du tout un critère déterminant, au contraire, il est combattu car jugé comme discriminatoire. L'apport de cette valence personnelle, favorise l'idée

que chaque individu entre dans la vieillesse à des âges chronologiques différents et que l'arrivée au statut de « vieux » dépend de chaque individu.

Contrairement à la catégorie des « *personnes âgées dépendantes* » née de la mouvance de la politique de la vieillesse, c'est au monde du marketing que l'on doit le terme de « *senior* ». D'abord utilisé entre guillemets (pour définir les médias destinés à la partie âgée de la population), il apparaît ensuite dans des articles faisant l'écho d'actions commerciales visant explicitement ce public, puis le terme s'est largement répandu à toutes les sphères de la société actuelle (Études du journal Le Monde, Caradec, 2001).

Lourdes de sens et d'actions déployées en fonction, l'établissement de catégories est très discuté en sociologie car elles contiennent, par le simple fait de leur existence, une problématisation des entités qu'elles sont sensées permettre d'étudier. Le groupe sociologique, donc la catégorie, a des structures spécifiques et des propriétés de régularité et de prévisibilité dont sont dénués les individus eux-mêmes car ils sont volatiles et imprévisibles. En ce point précis réside toute la tension de la catégorisation qu'impose la vision classique sociologique quantitative (Quetelet dès les années 1830⁹ ; Bourdieu, Durkheim, Lazarsfeld, l'Institution National d'Études Démographiques – INED –, l'INSEE, l'INSEP, etc.). Alors que la sociologie inspirée de la théorie microéconomique maximise l'utilité individuelle par la réintégration des hypothèses de rationalité des agents individuels. Cependant, les politiques sociales ne peuvent se permettre d'être individualisées et doivent catégoriser *a minima* les personnes afin qu'elles bénéficient des actions leur étant destinées. C'est en ce sens que les catégories sont tributaires du droit et des pratiques administratives (Desrosières, 2001). Ainsi créées elles deviennent incontournables.

Bien que les catégories soient soumises à discussion et discutables, elles sont également indispensables pour cadrer un travail scientifique. Pour terminer, sur toutes les catégorisations qui nous ont été proposées, pour notre travail, nous avons choisi de nous intéresser aux personnes de plus de 60 ans car dans la majorité des cas, cet âge chronologique définit le droit à la retraite. Après avoir montré que l'âge chronologique est une approche biaisée pour représenter la diversité que compose la catégorie des seniors, il est effectivement apparu que la retraite est un critère déterminant car elle permet de saisir la population cible des politiques publiques et des acteurs de

⁹ (Kenessey, 1997)

la santé dont elle constitue le cœur des actions. Cependant, pour nos enquêtes quantitatives, il nous a fallu arrêter « en dernier recours » un âge précis, qui est donc 60 ans, en sachant que l'âge de la retraite est de 59,4 ans (61,6 ans dans le privé). En revanche, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les personnes âgées comme ayant 65 ans et plus, pour le National Institut of Ageing (USA) les jeunes vieux sont âgés 65-75 ans (vieux-vieux, 75-85 ans ; très très vieux, 85 ans et plus) alors que pour les démographes la limite est fixée à 60 ans, ainsi les études de l'INSEE concernent les 60 ans ou plus. Dans cette même vision, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est allouée aux personnes à partir de 60 ans, tout comme la plupart des inscriptions aux services sociaux communaux qui ouvrent les droits au transport gratuit, à divers activités et attentions. C'est pourquoi la barre des 60 ans nous semble légitime. De plus, cette limite d'âge, relativement jeune, nous permet de prendre en considération tous les jeunes retraités qui sont encore actifs, que ce soit professionnellement, bénévolement, pour des pratiques physiques, sportives, politiques ou caritatives, etc. Ce choix nous permet de balayer un échantillon large, nous donnant la possibilité de retracer un parcours entier de la vieillesse (en amont du processus du vieillissement, au sein de celui-ci et en fin). Et enfin, parce que si nous avions ignoré les 60-65 ans ou les 60-69 ans, nous aurions occulté toute une partie de la population qui se retire effectivement du marché du travail à 60 ans afin de se consacrer à ses loisirs, passions et envies. Bien que, comme vu précédemment, l'âge chronologique n'est pas, pour certaines décisions d'ordres politiques (comme l'établissement de l'âge de la retraite), la catégorisation la plus juste et légitime. Cependant, la catégorie des 60 ans et plus, est soumise au poids institutionnel mais elle met aussi en jeu un critère objectif, clair et précis et non discutable : elle renvoie à un âge chronologique. Contrairement à la catégorie « chômeurs » qui peut très vivement être discutée et remise en question (Desrosières, 2001, p. 117). La barre des 60 ans nous semble donc la plus judicieuse pour nos problématiques.

De plus, en terme de vocable, nous avons fait le choix de parler indifféremment de personnes âgées, aînés, retraités, seniors et de 60 ans et plus. Cet ensemble constituant des termes génériques, non-connotés dans notre travail (que se soit positivement ou négativement). Cette volonté d'absence d'images attachées à un terme fait que nous ne parlerons pas de « 3^{ème} âge », bien que cette dénomination continue à être utilisée de nos jours. Effectivement, son image de jeunesse et de dynamisme semble avoir été happée par la catégorie des seniors ainsi symptomatiquement les clubs du 3^{ème} âge font désormais office de repoussoir pour les retraités

les plus jeunes (Caradec, 2001). Ainsi, nous écarterons cette appellation encore trop lourde de sens.

En revanche, lors de l'étude de textes, nous utiliserons le terme employé au sein de ceux-ci afin de ne pas dénaturer les propos.

b. L'évolution générale de la prise en charge politique des personnes âgées

a. La vieillesse problème

Les politiques publiques se saisissent petit à petit du « problème » que pose le vieillissement de la population avec les premières mesures d'assistances dès 1831. Ce n'est qu'à partir des années 1960, quand l'allongement de la vie humaine se traduit par une transition démographique importante (part des âgés de plus en plus conséquente), que les politiques sociales s'interrogent sur la prise en charge et les relations de coopération ou de conflit entre les générations. Des chercheurs issus des différentes disciplines des sciences sociales investissent alors le champ du vieillissement. Ainsi, la construction d'une politique vieillesse débutera dans les années 1960. Les facteurs ayant favorisé la mise sur l'agenda des politiques publiques d'action sociale et médicosociale de la vieillesse au début de ces années sont de quatre ordres. De nouvelles aspirations apparaissent effectivement avec la mise en place de la sécurité sociale après la Seconde Guerre mondiale. La solidarité est alors perçue comme un droit, de surcroît, les actions d'assistance sont perçues comme dégradantes et plus encore l'enfermement des vieillards est jugé comme inadmissible. Et enfin, de manière plutôt générale, le sort réservé aux personnes âgées n'est pas perçu comme acceptable au regard de l'essor économique (Henrard et Ankri, 2003). En France, la politique de la vieillesse se structure ainsi véritablement entre les années 1960 et 1975. Celle-ci est novatrice parce qu'elle a déplacé l'orientation principale du terrain économique vers le terrain social, interrogeant les conditions d'existence des seniors. Puis car elle a concerné l'ensemble des personnes âgées et non plus seulement les « économiquement faibles » comme c'était le cas avant avec les mesures d'assistances (Tableau 3). Et enfin, elle a contribué à définir une nouvelle manière d'être âgé, celle du 3^{ème} âge (entre la maturité et la vieillesse).

Année	Mesure
1945	Ordonnance portant organisation de la Sécurité Sociale
1951	Campagne nationale en faveur des vieillards
1954	Premiers textes sur l' Aide Ménagère
1955	Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés
1956	Fonds National de Solidarité
1957	Loi et circulaire sur les Logements-Foyers pour personnes âgées dans le parc HLM

Tableau 3 - Mesures d'assistances aux personnes âgées

Ce sont les médecins gériatres, dans les années 1970, délaissant les termes d' « invalidité » et de « handicap », qui ont parlé les premiers de dépendance (Henrard, 2015) à propos des déficiences physiques des personnes âgées puis ont entrepris de créer des outils pour l'évaluer (leur permettant par la même de constituer une clientèle de patients bien définie). Avec le financement des retraites et la question de l'emploi des seniors, la dépendance constitue à cette époque l'un des principaux enjeux de la politique de la vieillesse.

Enfin, vivre plus vieux pèse très lourd sur les finances publiques (Collinet, Schut et Pierre, 2013), à tel point que, selon l'INSEE, les dépenses de protection sociale sont passées de 12 % de la richesse nationale en 1949 à 28,5 % en 2000. Et qu'en 2003, les seules dépenses pour le risque vieillesse et survie avoisinent les 200 milliards d'euros et représentent environ 43 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale. Il devient alors nécessaire pour les États d'opérer à un glissement du curatif au préventif vis-à-vis du vieillissement et de ses conséquences. Une campagne de sensibilisation à la sécurité routière coûte effectivement moins chère à l'État que les morts sur les routes, des photos volontairement choquantes sur les paquets de cigarettes coûtent moins chères que de traiter un cancer des poumons, la sensibilisation « *Manger-Bouger* » coûte moins chère que le traitement de l'obésité, la distribution de bouchons d'oreilles en festivals coûte moins chère que le traitement de la surdité, etc. Prévenir les effets négatifs que peuvent entraîner le vieillissement coûtera moins cher que de traiter les dépendances physiques et cognitives.

Ainsi, les politiques publiques en gérontologie doivent pouvoir atteindre trois objectifs. Le premier est de permettre au plus grand nombre de vivre sans incapacité, le second est d'assurer la meilleure qualité de vie possible pour toutes les personnes, qu'elles soient autonomes ou en

incapacité. Et enfin, les politiques publiques devraient pouvoir réduire les inégalités sociales en santé. C'est alors l'avènement des politiques de prévention, qui ne peuvent plus se détacher des notions d'éducation à la santé.

Finalement, la prise en charge politique évoluera au même rythme que le vieillissement changera de visage. Ainsi l'État français passera de l'assistance à l'éducation, puis des politiques publiques curatives à celles faisant la part belle à la prévention.

b. L'inévitable déploiement de la prévention

La prévention renvoie à une nébuleuse mettant en jeu l'imprévisibilité du phénomène et son caractère jugé à risque. La prévention est très souvent liée à la notion de risque car il n'y a de prévention que lorsqu'il y a un risque, un risque incertain. Il n'y aurait donc pas de prévention possible dans une prévisibilité simple, accessible et gérable. Pour gérer les risques en matière de santé publique ou de sécurité, des experts sont fréquemment mandatés pour qu'ils se prononcent sur une conjoncture. La question de risque revêt alors une dimension politique et institutionnelle car il s'agit d'arbitrer la liberté et la sécurité des individus autour de ce qui constitue un risque acceptable. Mais la prévention met aussi en jeu l'absence de prise sur ce fameux risque. Si les facteurs étaient tangibles et prévisibles, il n'y aurait pas besoin de prévention, une simple gestion suffirait (Chauvière, 2007). Cependant la définition de la prévention ne fait pas consensus, ce qui explique la diversité de classification, de catégorisation, de visions, de concepts, etc., que l'on retrouve dans le champ (Lamoureux, 2009).

Étymologiquement le terme « prévention » signifie « devancer, aller au devant de » et « avertir de ». Couramment, le terme de prévention englobe l'ensemble des mesures prises pour empêcher que ne se produisent des phénomènes entraînant un dommage (pour l'individu ou la collectivité) et l'organisation qui est chargée de les appliquer (Bouquet, 2005). Les politiques publiques saisissant les concepts de la prévention passent alors de la gestion des risques liés au vieillissement à la prévention de ces risques.

La prévention qui peut être sociale (à caractère général, intervient en amont des risques sur le contexte de vie), éducative (veut atteindre des individus exposés aux risques) ou situationnelle (cherche à éviter les incidents) a été définie par l’OMS au travers de sa classification. Elle se propose de distinguer trois types de prévention. La prévention primaire qui intervient avant l’apparition de la maladie et cristallise l’objectif d’empêcher sa survenue. La prévention secondaire qui est déployée lorsque la survenue de la maladie n’a pas pu être empêchée, ainsi les actions préventives se situent en tout début de maladie avec l’objectif (et l’espoir) qu’elle ne s’aggrave pas. Et enfin la prévention tertiaire qui intervient après la survenue de la maladie, les soins tendant alors à réduire au maximum les dégâts causés. Cette classification est assez généralement admise, cependant, bien qu’elle cadre avec les maladies aiguës et l’accident, elle a des défauts notamment pour le cas des pathologies liées aux comportements humains et qui se manifestent sur un mode chronique. Dans ces cas-là, aucune mesure efficace ne peut être délivrée de l’extérieur sans la participation active du concerné.

Gordon (1983) propose une autre classification de la prévention qui se trouve être plus adaptée aux maladies chroniques que celle de l’OMS. Il parle d’abord de prévention universelle, dirigée vers l’ensemble de la population puis de prévention sélective qui met en jeu les sujets exposés en tentant d’éviter la survenue de la maladie (vaccination contre la grippe chez les bébés et les personnes âgées par exemple) et pour terminer, la prévention ciblée qui concerne ces mêmes groupes, devant l’apparition de facteurs de risque (comme la prévention via les mammographies annuelles pour les femmes présentant des antécédents familiaux de cancers de sein). Mais, le grand défaut de cette classification est qu’elle correspond à une conception curative et thérapeutique de la santé et de sa gestion. Elle est délivrée à une population dont on ne cherche pas à gagner la participation active. Or l’importance du comportement de chacun dans son exposition aux risques impose de tenter de lui faire s’approprier sa santé pour qu’il puisse en gérer le capital.

Enfin, San Marco (2009) propose sa propre classification. Les mêmes dénominations que Gordon sont utilisées, mais le contenu change. Pour ce professeur de santé publique, la prévention universelle est destinée à tous, sans distinction. C’est au final de la promotion de la santé qui trouve son fondement sur la participation active du public. Puis la prévention sélective qui met en jeu les sujets exposés à certaines maladies, qu’ils présentent ou non des facteurs de risque de cette maladie. Et enfin la prévention ciblée dirigée vers les malades. Cette dernière a pour but

d'apprendre aux malades à gérer à leur traitement pour éviter les complications. Elle correspond ainsi à de l'éducation thérapeutique.

Cette classification s'oppose aux conceptions traditionnelles et ne s'imposent pas auprès de tous. Il y a une réticence des thérapeutes et des préventionnistes à ce changement, en effet, il y a une certaine incertitude de la réussite des actions de prévention liée à l'incertitude de la participation des patients sur laquelle les actions de prévention sont basées. Car il est alors bien question d'éducation à la santé dans cette typologie de la prévention.

Au départ, les politiques de prévention sont motivées par des aspects économiques et militaires. La dimension sociale n'apparaît effectivement qu'à partir du XIX^{ème} siècle pour aboutir à la fin du XX^{ème} siècle à un projet humaniste orienté vers la recherche du bien-être. La première grande loi de santé publique (1902) stipule que les villes de plus de 20 000 habitants doivent se doter d'un bureau d'hygiène municipal ainsi que d'un dispensaire. Déchamp-Le Roux (2012) offre une manière synthétique de parcourir l'histoire de la prévention dans le domaine de la vieillesse en France et distingue quatre étapes significatives de changements de paradigme dans la gestion des risques sociaux (Guillemard, 1980, 1986).

Comme nous l'avons vu, la première phase est caractérisée par des politiques de vieillesse qui visent à assurer un minimum de ressources jusqu'à la mise en place progressive d'un système de retraite. On commence à se soucier du maintien à domicile des personnes âgées. Après la Seconde Guerre mondiale, dans la tradition hygiéniste, la prévention est conçue comme une prérogative de l'État mais l'objet de cette prévention est la société, prise comme un tout. C'est dans ce contexte que les grandes organisations nationales de retraités épousent le paysage socio-institutionnel de la France (Viriot-Durandal, 2010). Jusqu'au début des années 1970, ce sont les partis de gauche et les forces syndicales qui demeurent les principaux acteurs. Le journal « *Notre Temps* » et les organisations nationales de retraités comblent alors la lacune de l'État en matière de politique de prévention de la vieillesse. Il faudra attendre l'avènement de l'État-providence pour fixer les devoirs de la société envers chaque individu (Bouquet, 2005). Cependant, la politique du mode de vie a connu des inflexions. À partir des années 1970, elle a perdu de son dynamisme et a été gagnée par des préoccupations gestionnaires. En même temps, la prévention ne peut plus se détacher de la notion d'éducation à la santé où seul le changement des comportements à risques peut prévenir efficacement (Berlivet, 2004). Ainsi, en 1976, la France

voit sa première campagne de prévention recourant aux médias audiovisuels. La santé devient un capital que l'on se doit de gérer et conserver. L'injonction se voit doublée par une pédagogie plus moderne, plus communicante où il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour y renoncer.

La deuxième phase proposée renvoie aux années 1980 où les politiques de la dépendance émergent avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population française. On voit alors se créer des institutions, des services, des métiers spécifiques dans le domaine de l'aide à la personne âgée. En 1986, la Charte d'Ottawa a proposé le concept de promotion de la santé comme étant « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». Il s'agit alors de mettre en place des politiques susceptibles d'améliorer la santé des populations. Ce courant peut être rattaché aux idées illustrées par Berlivet (2004) qui appuient que le sondage de la psychologie humaine peut permettre de retourner le regard de la population cible sur un comportement à risque afin qu'elle acquiert un plus haut niveau d'autocontrôle. En construisant une image positive d'une personne âgée toujours active (professionnellement, bénévolement, au niveau physique et/ou intellectuel), les seniors pourront s'identifier à elle et vouloir adopter les bons gestes. Le traitement de la population vieillissante tourne peu à peu autour de la question du bien-être, du bien vieillir, du confort physique, psychique et social. C'est au travers de ce changement d'orientation principale que les représentations de la vieillesse ont évolué pour passer de l'image d'un vieillard incontinent en hospice à une dame active partant en vacances au soleil.

Certes ces modifications de lignes directrices des politiques ne se défont pas de l'aspect économique que représente une personne âgée en bonne santé. Elle ne pèse pas économiquement parlant sur la société, au contraire, elle contribue même à la croissance économique du pays en consommant. Les objectifs ont alors peu à peu changé, devenant plus humains, de ce fait, les politiques elles-mêmes ont changé offrant la vision d'un mieux vieillir envisageable, envisagé, souhaité, souhaitable et incontournable.

La troisième phase est caractérisée par la mise en place d'allocations spécifiques, d'assurances privées, des services privés et d'institutionnels du risque de dépendance (Ennuyer, 2002).

Et enfin, la quatrième phase de la prévention en France, met en jeu le moment où les politiques de prévention du vieillissement sont une réponse sociale au coût croissant des dépenses de santé des personnes âgées. La consommation de médicaments des 65 ans et plus est quatre fois plus

importante que le reste de la population. La question de la productivité des seniors est abordée (Moulaert, Léonard, 2012) et la préservation de son capital santé devient un réel enjeu social car le vieillissement pathologique apparaît comme maîtrisable par un changement de comportement de l'individu. La qualité de vie des personnes âgées devient l'objectif ultime et il passe par l'autonomie et l'intégration sociale. Possible, entre autres, par la pratique d'une activité physique ou sportive.

C'est donc entre la troisième et la quatrième phase que l'on passe de la gestion des risques à une politique de prévention des risques sociaux et sanitaires liés au vieillissement de la population.

Le trépied préventif mis en avant par l'OMS rassemble la nutrition (qui se voudra équilibrée), l'activité physique et/ou sportive (APS) modérée et prolongée ainsi que la culture du lien social (prolongation de l'activité professionnelle, bénévole, intellectuelle ou physique, activités de loisir, engagement personnel, etc.). Ce trio préventif fait intervenir trois acteurs : la personne, la société et les pouvoirs publics (Aquino, 2012). Ce type de politiques sociales de prévention marque un report de charge sur chaque individu. Mais cette idée de « bonne santé » couplée à la demande des politiques de s'autogouverner en matière de vieillissement peuvent culpabiliser les seniors. En effet, si les personnes âgées vieillissent « mal » c'est alors de leurs fautes car elles n'auront pas appliqué les règles de bonne santé. Billé et Martz (2010) portent même un discours critique sur le bien vieillir considéré comme un processus tyrannique de normalisation de la vieillesse alors que les personnes âgées ne parviennent pas à l'âge de la retraite avec les mêmes ressources et conditions de vie. Ainsi, il existe un risque réel d'inadéquation entre les discours des politiques du vieillissement à visée universelle et la diversité des réalités vécues, des pratiques et des conditions de vie des personnes âgées.

c. Évolution des modes de vie des plus âgés et transformations sociales

Les APS étant citées mais surtout reconnues comme l'un des piliers de la prévention du vieillissement, les politiques préventives s'en sont saisies d'une part et elles ont constitué l'objet d'études d'auteurs intervenant dans le champ de la sociologie d'autre part. Ainsi plusieurs travaux ont été menés. Cette prise en compte des AP embrasse également les nouveaux modes de vie des seniors, en meilleure santé, avec des moyens et du temps libre. C'est ce que confirmeront les études scientifiques sur le sujet : augmentation des loisirs et augmentation de la pratique d'AP.

La catégorie des personnes âgées est une frange de la population à laquelle il est accordé de plus en plus d'attention et à laquelle est alors consacré de nombreux travaux.

Cet ensemble de travaux dédiés spécifiquement aux seniors est issu de divers champs disciplinaires. Ainsi, des travaux démographiques (Dinh, 1995 ; Dirn, Mendras et Duboys Fresney, 1984) ont été menés mais aussi et surtout des écrits mettant en avant les opinions et les comportements des seniors (Berthuit, Chokrane et Hatchuel, 1999 ; Chenu, 2001 ; Cribier, 1998 ; Dupre-Leveque, 1998 ; Gestin, 2001 ; Guichard-Claudic et al., 2001 ; Pichot, 2002 ; Rochefort, 2000). Par exemple, les seniors voient leurs emplois du temps différer en fonction de leur genre, mais cette différence sexuée s'atténue avec l'avancée en âge, surtout en ce qui concerne le travail domestique, le temps libre, personnel et de loisir. De plus, le temps libre constitue la majeure partie des plages horaires quotidiennes dégagées par l'arrêt de l'activité professionnelle. D'autres travaux se sont focalisés sur leurs pratiques culturelles (Donnat, 1998) et touristiques (Kovacshazy, 1998) alors qu'un autre pan des études s'est concentré sur leurs relations aux associations (Hatchuel et Loisel, 1998) qui cristallisent la volonté de participation à des activités d'échange et de convivialité. Le phénomène de la dépendance a également ouvert un champ d'étude pour les ethnologues et ceux issus des champs sanitaires et sociaux qui ont focalisé leurs attentions sur les résidents en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD – Jaujou, Minnaërt et Riot, 2006 ; Prévot, 2009 ; Prévot et Weber, 2010 ; Villez, 2007). Alors que Gucher (1997, 1998) analyse les actions de six communes grenobloises pour définir les politiques municipales orientées vers les retraités. Et ce, pour en apprécier leur investissement et leur direction autour de trois piliers que sont l'assistance, l'insertion sociale et la santé-

médicalisation. Chacun de ses piliers est présent au sein des services enquêtés mais ne font pas l'objet de la même priorité. L'assistance est rarement vue par les communes comme une aide à apporter aux plus démunis. La majorité d'entre elles l'assure par le service de l'action sociale et l'assistance s'est tournée presque exclusivement vers les personnes handicapées. Quant à la mise en œuvre de l'insertion sociale, elles deviennent des actions relevant de logiques d'assistance ou de logiques de médicalisation. Pour le champ santé-médicalisation, il s'appuie sur les services d'hospitalisation à domicile qui permettent le maintien des personnes dépendantes dans leur logement. Les formes variables de la politique de la vieillesse entre préconisations étatiques et action municipale montrent un remaniement du sens de la vieillesse, basée sur des conceptions différentes et la prééminence de certaines valeurs. Le gage d'efficacité de ces politiques semble être leur niveau d'adéquation avec l'éthos des populations concernées et seulement la moitié des communes étudiées répond à cette nécessité. La commune et la personne âgée signent alors, implicitement, un contrat social communal au sein duquel est indiqué le rôle et la place qui sont proposés au senior.

En outre, tout un panel d'écrits scientifiques a mis au jour les bienfaits des pratiques physiques et sportives sur les grandes fonctions des corps vieillissants, ceux-ci ont été repris et synthétisés par l'Institut français en charge des recherches médicales et nourris par divers auteurs (Aquatias et al., 2008 ; Chopard, 2010 ; Courteux, 2010 ; Tordi, 2010). Une littérature importante porte sur les impacts des APS sur le vieillissement et c'est justement celle-ci qui sert de point d'appui aux mesures de prévention. Ainsi, les écrits scientifiques ont ambitionné de donner des repères, des indicateurs et des méthodes à déployer en territoire pour les acteurs voulant se saisir de cette thématique mais aussi pour les seniors concernés par cette problématique (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2009, 2011, 2013 ; Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2005, 2006, 2015).

D'autres travaux s'intéressent aux pratiques physiques et sportives des personnes âgées. Constituant un point d'appui, en premier lieu, un bon nombre d'enquêtes statistiques et quantitatives ont été menées par l'Institution National du Sport et de l'Expertise et de la Performance (enquête INSEP 1985, enquête Ministère des sports/INSEP 2000, enquête MEOS/INSEP 2010) et ont été reprises et enrichies par des sociologues (Burlot et Lefèvre, 2010). Celles-ci révèlent la diminution de la pratique avec l'âge, l'augmentation des taux de pratique avec le niveau socioculturel et le fait que la pratique sportive est plus masculine que féminine.

Les modalités de pratiques spécifique à la population senior sont également mis en avant : créneaux horaires en semaine, matinée et en période scolaire, non institutionnalisées, de préférence en plein air et dans un souci d'entretien du corps et d'échanges sociaux. Puis des travaux, ajoutant une part qualitative au quantitatif, ont permis d'affiner ces données statistiques. Certains interrogent plutôt les parcours de vie alors que d'autres se focalisent sur les parcours d'engagements physiques et sportifs (Feillet, 1996, 1997, 2000 ; Feillet et Roncin, 2006 ; Henaff-Pineau, 2008, 2009, 2012, 2014 ; Huraut, 2010 ; Muller, 2006 ; Pichot, 2002). Ainsi, les premiers travaux de Feillet (1996, 1997) étudient les pratiques physiques et sportives des personnes âgées comme moyen de résistance au vieillissement. Mais ces engagements renvoient à un paradoxe : les pratiques sportives augmentent la conscience des dégradations physiques en même temps qu'elles contribuent à y résister. Dans des travaux postérieurs (Feillet, 2000 ; Feillet et Roncin, 2006) les interrogations se déplacent vers les perceptions du risque des seniors qui résistent au vieillissement par un engagement physique.

Henaff-Pineau (2008, 2009, 2012, 2014) s'est concentrée pour sa part sur les pratiques physiques et sportives des seniors engagés corporellement pendant leur retraite en les mettant par la suite en perspective avec les pratiques conseillées par le corps médical. De manière très synthétique, de ses travaux ressort que les seniors pratiquent « *entre raison et passion* », que les médecins sont à la fois prescripteurs et proscripteurs d'AP (suivant leur propre engagement corporel), que la retraite marque une étape privilégiée dans l'engagement ou le réengagement sportif mais aussi et surtout que les conditions de vie et les inégalités sociales accumulées durant la vie active sont déterminantes dans les modalités de pratique une fois la fin de l'activité professionnelle arrivée. Ces travaux constituent une base sociologique d'envergure pour notre propre analyse, ainsi nous verrons plus en détails (p. 314) ces résultats.

Ainsi, de manière générale, les écrits sur le sujet permettent de retracer l'histoire des mesures prises en faveur de la vieillesse et l'évolution de la vision et de la place qu'occupent le vieillissement et les personnes âgées au sein de la société. En outre, la littérature disponible permet l'acquisition de connaissances médicales, physiologiques, biologiques, etc., sur le vieillissement, ses effets et l'effet des activités physiques, sportives, culturelles, cognitives et sociales sur un corps et un esprit vieillissant. Elle permet également l'apport de connaissances sociologiques sur le vieillissement, les personnes âgées ainsi que sur les critères pour mieux

vieillir (sportifs, médicaux, sociaux, etc.). De plus, des travaux sont recensés sur la pratique physique et sportive des personnes vieillissantes, ceux d'Henaff-Pineau en grande partie.

L'ensemble de ces résultats de recherche, outre leurs intérêts scientifiques, constitue un appui conséquent pour nos recherches ; qui se voient singulières car elles interrogent les politiques publiques et les dispositifs de prévention déployés qui prennent en compte les AP. Ce qui a été fait dans d'autres cadres d'études mais peu fait dans le domaine des AP. Une analyse des systèmes d'action publique locaux en faveur de cette forme de pratique qui montrerait comment les pratiques territoriales s'harmonisent, ou non, avec les grands plans nationaux, est alors originale.

De plus, nous avons trop peu de connaissances sur l'opérationnalisation du changement d'échelle d'application des mesures nationales au niveau local alors que le nœud des tensions se joue sur ce point précis. Enfin, le travail que l'on se propose de mettre au jour rassemble à la fois les visions politiques et pratiques. En effet, nous nous positionnons entre la sociologie de l'action publique, des organisations, du vieillissement et celle des pratiques physiques et sportives.

Une zone d'ombre est identifiée et s'y cristallisent de nombreux enjeux. L'originalité et l'intérêt de cette analyse réside dans le fait qu'elle possède une triple focale : l'étude des actions des différents acteurs, celle des pratiques effectives des retraités mais aussi l'étude des articulations ou désarticulations de cet ensemble.

Croiser les politiques publiques, les dispositifs déployés, dont le soubassement est tributaire des recommandations émises par les niveaux extranationaux, et les pratiques effectives des seniors pour enfin interroger l'articulation des dispositifs mais aussi celles des acteurs et du trio décideurs, opérateurs, receveurs est l'ambition de ce travail. Et c'est en ce point précis qu'il constitue un apport nouveau dans la discipline. Ainsi l'approche par les acteurs, les dispositifs et les articulations est originale et permet de donner une certaine spécificité à notre étude.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous faut définir ce que nous entendons ici par sport, APS, pratiques physiques et sportives, etc. On peut aujourd'hui considérer le sport comme un fait social total (Pociello, 1999) tant le phénomène prend de l'ampleur et traverse les différentes composantes de la société française. Pourtant, malgré – ou peut-être en raison – de cet intérêt, l'acceptation du terme « sport » reste sujet à polémique compte tenu de sa polysémie. Par exemple, pour certains le sport renvoie à la pratique compétitive au contraire d'un footing dominical, pour d'autres marcher en forêt fera référence à une pratique sportive. Le sport et la façon de faire du sport ne cessent d'évoluer (massification, diversification, spécialisation, activités auto-organisées, de rues, etc.) au même rythme qu'évoluent la société et les habitudes de vie des Hommes. Ainsi, en délimiter les frontières pour l'étudier est complexe.

Cependant, le laboratoire de sociologie du sport de l'INSEP a été chargé en 1985 de mesurer les pratiques sportives des Français. Cette vaste enquête a permis par la même de définir ce qu'est une pratique sportive. Définition non restrictive comme c'était le cas auparavant, elle n'est plus liée au fait d'être licencié et inscrit au sein d'un club. Les sociologues de l'INSEP ont ainsi laissé le champ ouvert en permettant aux enquêtés de définir eux-mêmes ce qu'est la pratique d'un sport. Ils ont opté *de facto* pour une conception large : « *Le sport, c'est ce que font les gens quand ils pensent qu'ils font du sport.* » (Irlinger, Louveau et Métoudi, 1987). Cette définition globale a surtout permis de renseigner toutes les pratiques renvoyant à l'idée de « faire du sport ». A alors été intégré un ensemble de pratiques de loisirs liées au plein air, à la ville ou à l'entretien du corps. Riches de ces données, les sociologues ont pu par la suite discerner, à partir des déclarations des enquêtés, les modalités de leurs pratiques : intensité, lieux, moments, cadre institutionnel ou non.

Les AP recouvrent alors des réalités différentes. Ainsi les personnes âgées peuvent pratiquer des AP de loisirs ou compétitives. Mettant en jeu ou non les dimensions sanitaires et d'entretien.

Ainsi nous parlerons au sein de ce travail, généralement d'AP et nous préciserons son contenu au besoin. Nous serons effectivement amenés à distinguer les termes sport/APS, AP, activités physiques adaptées (APA) et activités physiques adaptées en santé (APAS). Les sport et APS faisant plutôt références aux pratiques en clubs sportifs, avec ou sans compétition. Les AP mettant plus ouvertement en jeu des activités de la vie quotidienne mais aussi des pratiques physiques de loisir, en clubs spécialisés pour les 60 ans et plus ou non ; alors que les APA seront

exclusivement adaptée pour ce public. Celles-ci ont donc subi une adaptation que ce soit en termes de volume, d'intensité, de type de pratique, de lieu, de créneau horaire, d'encadrement, etc., pour être adaptées aux spécificités des retraités. Les APA constituent en outre la forme privilégiée d'activités à dispenser aux personnes dépendantes, bien qu'elles soient aussi pratiquées par des autonomes. En effet, celles-ci relèvent du territoire mitoyen entre le domaine sportif et le domaine social et médico-social. Les APAS feront apparaître la notion de santé comme indispensable à toute mise en jeu corporelle. Elles élargissent effectivement le domaine d'intervention des APA en investissant légitimement le domaine sanitaire (Perrin, 2016) en 2007.

d. Appuis théoriques

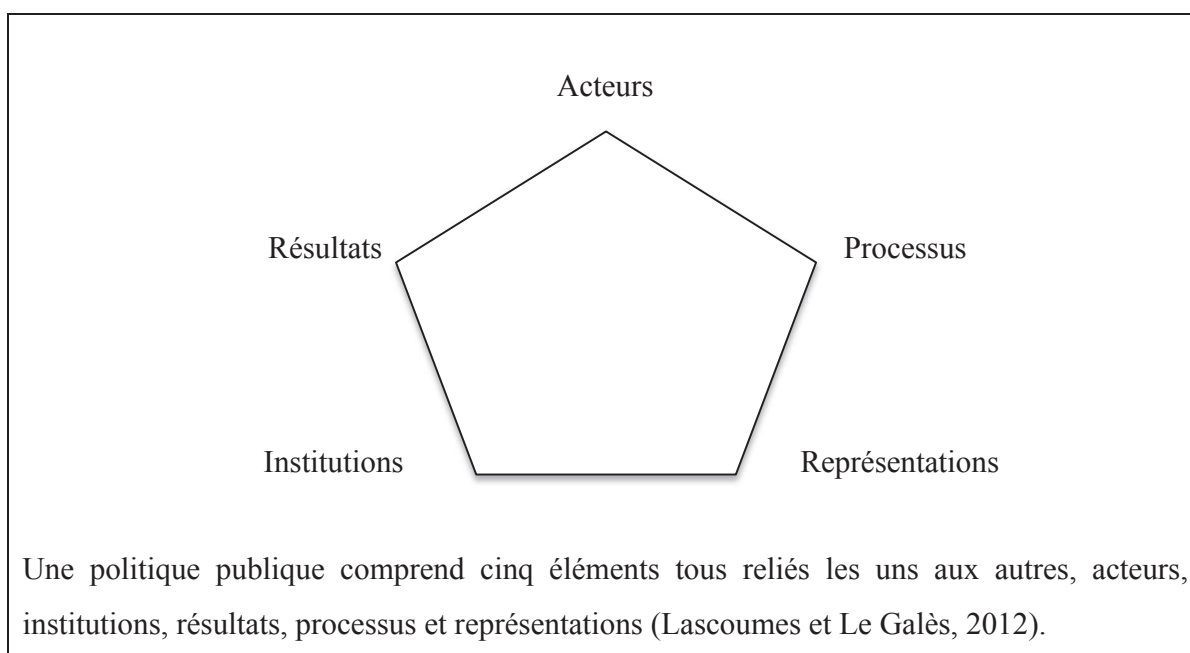
i. Des politiques publiques pensées en terme de séquences

1. Définition des politiques publiques

Les institutions sociales minimales s'emparent des prérogatives jusque-là laissées à la charge de la famille de la personne âgée (Elias et Etoré, 1991, p. 266). Depuis le début du XX^{ème} siècle, elles sont assurées par l'État et permettent de palier à la poussée d'individualisme des sociétés actuelles.

L'État ne peut devenir un « nous » que si celui-ci instaure effectivement des cadres d'actions schématisés au sein de diverses lois. C'est en ce sens que les politiques publiques devraient *a priori* répondre à ce « nous ». Celles-ci font aujourd'hui pleinement partie des vies des citoyens en les influençant et même plus, en déterminant leurs modes de vie (Hassenteufel, 2008). Tout acteur social est ainsi inévitablement confronté aux politiques publiques, qu'il soit acteur, receveur, participant, décideur, évaluateur ou expert de celles-ci (Hassenteufel, 2008, p. 5). Selon cet auteur, les politiques publiques sont alors des programmes d'action suivis par les autorités étatiques et donc les collectivités locales. Deux notions fondamentales sont à retenir : État et

programme d'action. Les politiques publiques seraient alors révélatrices d'un État en action. On peut alors légitimement se demander pourquoi et comment le Gouvernement agit, pourquoi parfois il n'agit pas. Ce questionnement met au jour les éléments constitutifs d'une politique publique. Tout d'abord, il faut des fondements qui mettent en jeu des finalités, on peut parler ici de motivation d'existence. Ensuite, il faudra des instruments d'actions permettant aux acteurs d'agir et enfin un public, sur lequel l'action publique¹⁰ exercera ses effets. En d'autres termes, toute politique est porteuse d'une idée du problème à résoudre, d'une représentation du groupe en question, et d'une théorie du changement social (Hassenteufel, 2008, p. 9). La constitution d'une politique publique met en jeu, en plus de ses éléments constitutifs, un pentagone (Lascoumes et Le Galès, 2012 – Encart 2) indispensable à sa bonne conduite : l'existence d'acteurs (individuels ou collectifs), d'institutions (normes, règles, routines, procédures qui gouvernent les interactions), de représentations (cadre cognitifs et normatifs donnant du sens aux actions), d'un processus (formes d'interactions et de recompositions dans le temps) et enfin de résultats (effets de l'action publique).



Encart 2 - Pentagone des politiques publiques

¹⁰ Aujourd'hui le terme de politique publique est délaissé au profit de la notion d' « *action publique* » (Lascoumes et Le Galès, 2012), permettant de prendre en compte l'ensemble des interactions effectuées à de multiples niveaux (extranationale, national, régional, départemental, communal, au sein de sphères privées et publiques).

2. Mise en œuvre des politiques publiques

Mais comment agir sur l'intime en santé publique ? Car les politiques de prévention en santé publique, tentent d'agir sur le comportement individuel soit par une action contraignante soit par une modification de leur environnement. Elles mettent alors en scène un jeu de pouvoir entre décideurs et receveurs, dans le sens où « *le pouvoir représente la capacité que possède une personne A de faire faire à une personne B ce que cette dernière n'aurait pas fait sans l'intervention de A.* » (Dahl, 1957, p. 202-203). Alors que Steven Lukes propose une définition du pouvoir ne mettant pas en jeu des conflits entre deux acteurs mais plutôt en affirmant la capacité que possède A à modifier l'environnement cognitif de B (Lukes, 1974), on passe alors de la coercition à la persuasion. La persuasion, ou prévention, dont usent les pouvoirs publics est, concernant les politiques publiques de santé, très répandue de nos jours. Les politiques préventives peuvent être également vues sous l'angle de la « *biopolitique* », du « *biopouvoir* », comme l'entend Michel Foucault. La biopolitique, plutôt caractéristique de l'action publique du XIX^{ème} siècle (Bossy, 2010, p. 38), complète les mécanismes disciplinaires développés au siècle précédent. Il s'agit alors « *d'optimiser la vie* » (Foucault, 1991, p. 44) en procédant à une gestion des populations et non plus des individus.

« [le biopouvoir est] l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer dans l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir, autrement dit comment la société, les sociétés occidentales modernes, à partir du XVIII^{ème} siècle, ont repris en compte le fait biologique fondamental que l'être humain constitue une espèce humaine. » (Foucault, 2004, p. 3).

Mais pourquoi une politique publique est-elle construite ? Comment le problème qu'elle tente de résoudre arrive-t-il sur la scène publique ?

L'analyse des politiques publiques est pensée de manière séquentielle selon une succession d'étapes. La réponse à ce phénomène tient aux concepts de « configuration » et de « mise sur l'agenda ». En effet, des configurations entrent en jeu permettant, ou non, la concrétisation

d'actions. Une configuration se définit de manière schématique, presque enfantine selon ces deux auteurs :

« Quatre hommes assis autour d'une table pour jouer aux cartes forment une configuration ; leurs actes sont interdépendants. Dans ce cas également, c'est l'emploi du substantif « jeu » qui fait croire que le « jeu » possède une existence propre » (Elias et Hoffmann, 2003, p. 157).

Les configurations ainsi définies peuvent aussi bien s'appliquer et être rencontrées au sein de groupes relativement restreints qu'aux sociétés formées par des millions de personnes interdépendantes (Elias et Hoffmann, 2003, p. 158). Et comme nous l'avons vu, les sociétés sont en constante évolution, la société d'hier n'étant pas la même qu'aujourd'hui, cette dernière elle-même différente de celle de demain. Pour avoir un présent et de surcroît construire un avenir, il faut un passé. Ainsi, chaque loi en général n'est pas forcément basée sur la précédente mais elle dépend tout de même de l'existence des lois passées (Elias et Hoffmann, 2003, p. 230). Les politiques publiques basées sur la vieillesse et le vieillissement sont dépendantes de ce qui a été auparavant relevé, porté, sélectionné, et décidé. Les éléments constituant le tracé des politiques publiques ne sont pas forcément interdépendants mais ils permettent leur concrétisation et deux grandes familles de tracés sont constatées (Chateauraynaud, 2011). Tout d'abord les trajectoires qui proviennent d'inflexions provoquées au fil du temps par des épreuves successives, ce qui permet rétrospectivement d'expliquer un changement de phase et les trajectoires marquées par une bifurcation radicale, une rupture. Cette rupture engendrant de multiples volontés d'explications, d'interprétations cherchant les causes de cette rupture dans les séries passées. La distinction d'un changement « doux » d'un changement radical dans les politiques vieillesse peut alors être mise au jour. Le changement radical, la bifurcation ou encore le changement de paradigme mettent au jour une nouvelle configuration et les éléments au cœur de cette « reconfiguration » endossent ainsi le rôle de « *reconfigureurs* » ou des « *perturbateurs* » (Chateauraynaud, 2011, p. 139).

Nous serons particulièrement sensible aux bifurcations et aux ruptures dont la mise en avant constitue l'un de nos objectifs. Les actants au cœur du processus de reconfiguration se rapportent à des configurations globales comme l'État de droit, la société du risque, la société de

surveillance ou encore l'ère de la précaution. Ces configurations « toutes faites » induisent par le fait même de leur existence sur la hiérarchisation des jeux d'acteurs, des arguments et du passage d'une arène ou d'un cadre argumentatif à un autre (Chateauraynaud, 2011, p. 159). Les reconfigureurs sont fréquemment cristallisés en terme d'écrits, comme la remise d'un avis ou d'un rapport dans le but d'anticiper, d'éteindre ou de terminer une crise et d'acheminer le dossier vers la normalisation, et « *qui réveille des réseaux d'acteurs mis en état d'alerte dans leurs milieux* » (Chateauraynaud, 2011, p. 190-191). Les lanceurs d'alerte (Hassenteufel, 2008), pouvant endosser le rôle de reconfigureurs, sont des personnes ou des groupes non officiels mais qui, justement grâce à leur détachement de l'officiel, lancent un avertissement, selon leur propre conception. Le contenu des alertes et les alertes elles-mêmes ont pour but au mieux de mobiliser des instances supposées capables d'agir, au moins d'informer le public du danger à venir (Hassenteufel, 2008, p. 44).

Mais toute situation n'est pas forcément qualifiée comme étant un danger, donc comme pouvant devenir problématique. Et encore moins comme devenant un problème public. Pour saisir la qualification par les pouvoirs publics d'une situation problématique, Chateauraynaud s'autorise une comparaison entre cause et mouvement mathématique. Il expose (Chateauraynaud, 2011, p. 176-177) le fait que la balistique est définie, mathématiquement parlant, comme l'étude du mouvement d'un objet, à partir de son poids, de la poussée et du frottement de l'air. Il est alors possible de déterminer la trajectoire à laquelle sera soumise l'objet par la pesanteur (et en l'absence de frottement), prenant la forme d'une parabole. Il compare alors cette trajectoire parabolique à une cause sociale. Une cause, ou une quelconque affaire, pourrait se décrire avec des caractéristiques proches : une cause est lancée avec une certaine force, atteint un certain degré de visibilité et finit par retomber (après avoir parcouru une certaine distance). Ce schéma permettrait d'obtenir une première représentation possible de la portée de cette cause. Il s'agira dans notre étude de mettre au jour la portée de la cause vieillissement au travers des différents écrits. Une situation devient problème « *quand les acteurs sociaux perçoivent des écarts entre ce qui est, ce qui pourrait être ou ce qui devrait être* » (Padioleau, 1982, p. 25). Cette définition permet de prendre en compte toute la partie cognitive faisant appel aux perceptions des acteurs basées sur leurs représentations des faits sociaux. Dès lors, les schémas cognitifs des acteurs jouent un rôle dans l'interprétation et la compréhension du réel (Bossy, 2010, p. 60). Une dissonance entre perception de la réalité et perception de ce qui pourrait être fait mène l'acteur à

engager sa cause dans un combat de « politisation ». Le simple fait qu'une situation sociale soit jugée problématique par des acteurs x ou y, en fait un problème public, car ceux-ci appellent à une intervention publique pour un changement. La stricte volonté individuelle ne suffisant plus à résoudre le problème.

Cependant, il existe une différence entre un fait social, un problème public et un problème politique (Lascoumes et Le Galès, 2012). Le fait social (par exemple le vieillissement de la population vu sous l'angle de la dépendance) ne sera inscrit en tant que problème public que si les acteurs parviennent à le faire émerger dans l'espace public, lorsque les acteurs sociaux estimeront que quelque chose doit être fait pour changer la situation (réduire la dépendance pour réduire les dépenses publiques de santé). Ce problème devenu public ne sera affublé de la mention « politique » que lorsqu'une solution sera envisagée par la puissance publique. Le vieillissement est ainsi, au fil du temps, devenu un problème politique (comme nous le verrons au cours du chapitre II).

Felstiner, Abel et Sarat (1980) proposent eux aussi une trilogie pour le passage d'un fait à un problème, sans différencier pour autant un problème public d'un problème politique. Leur tiercé se résume ainsi : « *naming, blaming, claiming* ». Le « *naming* » est représenté dans l'action de réaliser « *une expérience comme une offense, une situation génératrice de litige* » (Neveu, 1999). Le groupe porteur de la cause rejettera ensuite la responsabilité (« *blaming* ») de cette offense réalisée et reconnue sur un coupable (employeurs, élus, la société en générale, une infrastructure, etc.) et mettre au jour sa responsabilité dans l'offense vécue, pour que s'exerce par la suite une réclamation, soit « *claiming* », publicisée sous la forme de demande de réformes, de remèdes. Ainsi, le passage de la question au problème du vieillissement se construit progressivement tout au long de la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

La construction d'un fait en problème public met en jeu un processus où de multiples acteurs publics et privés interagissent. Ces interactions sont portées par la volonté de chaque partie de faire reconnaître sa propre représentation de l'enjeu, son interprétation et sur les moyens devant être mis en œuvre. Les faits sont ainsi portés par des êtres humains en fonction du contexte, ainsi l'évolution des faits puis des problèmes publics et politiques est perpétuelle, ce qui permet entre autres, des changements de paradigmes et donc des reconfigurations.

De plus, l'effet d'annonce ou la part symbolique que revêt son saisissement par les pouvoirs publics peut parfois suffire pour contenter, ou du moins atténuer les actions, des porteurs de la

cause. C'est en ce sens que l'action publique peut devenir une simple mise en visibilité des enjeux publics présentés comme un effort de résolution car ces effets d'annonce constituent tout de même une forme d'action. Ici, les actions publiques comporteront une forte part d'action symbolique. En outre, une cause devenue problème public et politique peut tout de même ne pas être résolue. En effet, « *toutes les conditions ne deviennent problèmes, et tous les problèmes ne sont pas portés sur l'agenda* » (Bossy, 2010, p. 50). Malgré le fait que toutes les causes veulent être reconnues, par leur porteur, comme étant des problèmes sociaux, toutes n'entrent pas sur la scène politique et publique et ne sont pas portées sur l'agenda.

Pensées en terme d'étapes, la notion de mise sur agenda politique, autre concept clef pour la juste compréhension de notre travail, renvoie aux problèmes publics traités par le gouvernement durant son mandat, et ce traitement se fait par ordre de priorité (Collinet, Schut, Pierre, & Caluzio, 2014, p. 4). En effet, lorsque de multiples affaires sont en concurrence pour la visibilité publique se crée de « *véritables files d'attente* » (Chateauraynaud, 2011, p. 186). Deux agendas se distinguent (Cobb, 1983, p. 82) : l'un systémique qui englobe les problèmes perçus comme méritant une attention publique car les autorités publiques sont capables de les résoudre et l'autre gouvernemental rassemblant les problèmes qui reçoivent « *une attention sérieuse de la part des décideurs légitimes* » (Bossy, 2010, p. 48). Padioleau préfère n'en distinguer qu'un seul, qui regroupe les deux précédents. Cet agenda politique est alors défini comme « *l'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public, voire l'intervention des autorités politiques légitimes* » (Padioleau, 1982, p. 25). La mise sur agenda renvoie au processus qui permet à un problème, social pour notre cas, de venir s'inscrire dans les priorités étatiques allant, ou non, être traité par la création de politiques publiques.

Nous retiendrons également une expression tenue de Barthe pour qualifier le processus de mise sur l'agenda politique de certaines causes sociales : « *la mise en politique* » (Barthe, 2006). Cette mise en politique, découlant de la sélection d'un fait, peut être favorisée si trois facteurs sont présents (Walker, 1977). Si le fait est attractif (nombre important de personnes impliquées), s'il y a des preuves suffisantes (pour prouver du sérieux du fait) et si une solution existe (compréhensible et ayant un émetteur prestigieux) alors un fait aura toutes ses chances d'être inscrit sur l'agenda politique.

Pour qualifier cette mise sur agenda politique nous aurons recourt au sein du chapitre III à la méthode de Kingdon, soit une analyse par les courants (Kingdon et Thurber, 1984). Le premier

renvoie au courant des problèmes, le deuxième au courant des politiques publiques et le troisième au courant politique. Ainsi, les situations jugées problématiques par les décideurs, les solutions (ou idées) naissant dans les communautés de politiques publiques (constituant une « soupe primitive ») et les contextes politiques purs (élections, sondages, pression de groupes d'intérêts, etc.) permet l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité politique. Qui amorce ensuite la mise en place de politiques publiques pour résoudre le problème.

Certains faits restent au stade de faits sans muter en problèmes à cause des acteurs qui les portent. Ces acteurs jouent alors le rôle d'identificateur, de diffuseur et de passeur, entre par exemple le champ médical et politique (Bossy, 2010, p. 62). Disposant d'une véritable légitimité professionnelle (médecin par exemple) ils peuvent endosser ces différents rôles. Ainsi, la présence d'acteurs capables d'interpréter les indicateurs et de les transformer en problèmes tout en s'assurant qu'ils soient « utilisables » et intelligibles pour une éventuelle intervention publique est nécessaire pour une mise sur l'agenda d'une cause. Cet éclairage permet de relier ces acteurs aux experts. Appelés par Olivier Nay et Andy Smith « *acteurs intermédiaires* » (Nay et Smith, 2002, p. 12), ils ont la capacité à intervenir dans différentes arènes dont les règles, les procédures, les savoirs et les représentations peuvent être éloignés. Ce sont des médiateurs entre des institutions et dont ils sont souvent situés à la marge (Hassenteufel, 2008, p. 198). Également définis comme des « *marginiaux sécants* » (Jamous et Commaille, 1969), car à la marge de certains milieux (professionnels, sociaux, politiques) mais en même temps à l'interface de ceux-ci, ils jouent un rôle clé dans la décision politique. Ces acteurs sont alors compétents malgré la pluralité des rôles et des connaissances requises par leur situation d'expertise. Ils possèdent alors une double fonction : « *porte-parole* » et « *passeurs* » (ou traducteurs) des politiques publiques (Hassenteufel, 2008, p. 199). Nous verrons ainsi par exemple que trois experts ont un rôle particulièrement important dans la construction d'une politique publique contemporaine (au sein du chapitre III).

De plus, les experts ne le sont pas simplement grâce à leurs savoirs spécialisés et compétences mais aussi, et surtout, par le mandat qui leur est conféré par les autorités lors de leur « *situation d'expertise* », véritable point de rencontre entre une conjoncture problématique et un savoir spécialisé (Hassenteufel, 2008, p. 201). L'expert est finalement un acteur intermédiaire entre un espace de pouvoir et un espace de savoir. Comme vu précédemment, il joue le rôle d'exportateur de savoir et de légitimité, acquis dans le champ scientifique, pour fonder une décision sur un

problème discuté dans le champ politique. L'expert est « *placé entre le pôle intellectuel et le pôle politique* » (Delmas, 2001, p. 25) et le savoir qu'il produit est ainsi un savoir pragmatique que l'ensemble des acteurs d'une politique publique peuvent saisir. En d'autres termes, l'expertise permet d'obtenir une « *science de l'agir* » (Delmas, 2001, p. 22). En revanche, ce savoir est subordonné au pouvoir décisionnel du politique : l'autorité politique pourra, ou non, s'en saisir bien qu'il ait été fourni à sa demande (Hassenteufel, 2008, p. 202). C'est en ce point précis que se joue toute la tension soulevée par un problème restant public sans accéder au statut de problème politique. Les dirigeants politiques ont le savoir nécessaire à la résolution de problème entre les mains mais n'agiront peut-être pas.

3. Réception des politiques publiques

En outre, les politiques publiques traitant d'un problème social, pour exister, ont forcément un public receveur : les « *ressortissants* » (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103). Ce public cible forme alors un collectif, traité comme un collectif par les actions publiques, et n'a pourtant pas de manière spontanée l'impression de faire partie de ce collectif (les seniors n'ont pas toujours l'envie ou l'impression d'en faire partie). Une tension émerge alors car :

« une multitude d'individus, leur vie collective, leurs actions conjuguées, l'ensemble de leurs relations produise quelque chose qu'aucun de ces individus en lui-même n'ait intentionnellement visé ou crée, quelque chose dont il fait partie, qu'il le veuille ou non, un ensemble d'individus interdépendants les uns des autres, une société » (Elias et Etoré, 1991, p. 45).

Ainsi les politiques publiques permettent effectivement de répondre à des problèmes touchant une pluralité d'Hommes mais aussi une singularité (Elias et Hoffmann, 2003, p. 154). Dubar et Rolle soulignent l'aporie entre le temps englobant, collectif et objectif (Dubar et Rolle, 2008), ici pensé par les actions publiques, et celui individuel, vécu, subjectivé renvoyant aux ressortissants (Collinet, Schut, Pierre, & Caluzio, 2014, p. 4). L'action publique se joue en cette double visée. Agir sur l'intime pour permettre au collectif de mieux vivre. En effet, il est d'usage

de distinguer deux versants dans la prévention (Bouquet, 2005). Le premier est alors concentré sur la prévention des risques subis collectivement et le second sur la prévention des risques liés à un certain comportement nocif pour la santé (comportement qualifié de « à risques »). Insérer un truc sur le membre du jury qui bosse sur les politiques du risque ? Ainsi, progressivement, le concept de prévention engage deux notions plus ou moins antagonistes : celle de responsabilité collective et celle de responsabilité individuelle. Ces deux notions sont entendues de manière plus ou moins conflictuelles alors qu'elles pourraient être complémentaires (Bouquet, 2005). Chaque mesure prise individuellement peut servir les causes d'une responsabilité collective. Une action individuelle, dans la sphère familiale limitée, multipliée par le nombre de foyer peut alors se transformer en action à une échelle bien plus importante. Ceci est la traduction de la particularité des politiques publiques de santé liée au problème de sédentarité d'une personne âgée. Prise de manière isolée, la sédentarité affecte sa vie, son quotidien et son vieillissement personnel et aléatoirement son entourage. Mais le même problème, pour la catégorie senior prise de manière générale pèse, économiquement, socialement et culturellement parlant, sur la société entière. Il y a donc la singularité des parcours de vie des seniors et la « pluralité globale » des seniors. Les directives nationales émergent pour cause de pluralité et les actions sont menées pour effectivement agir *in fine* sur la pluralité mais en touchant la singularité. Nous avons compris que l'enjeu de certaines politiques sociales sur la prévention du vieillissement est d'agir sur l'individu et bien plus encore, sur l'intime.

i. Les différentes échelles d'interventions : changements, articulations et la territorialisation des actions

Un deuxième volet théorique s'ouvre avec l'inévitable question des différentes échelles territoriales intervenant dans la prévention du vieillissement. Tout comme le changement d'échelles, leurs articulations et la place centrale que détient l'échelon local pour la concrétisation des actions publiques.

En effet, la bonne conduite et réalisation des directives nationales sont tributaires des acteurs de terrain et de leur capacité.

« C'est pourquoi les routines, les enjeux les plus sensibles localement et les façons habituelles de faire et les intérêts politiques ont autant de poids que les injonctions hiérarchiques et la pression supposée des urgences sociales » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 36).

Les régions, les départements ainsi que les communes mettent en jeu leurs propres politiques publiques, et celles-ci ont autant de poids que les injonctions nationales. L'État ne meurt pas dans les actions publiques, il change simplement de position se mouvant dorénavant dans des actions publiques ayant plusieurs acteurs pivots, plusieurs centres.

« Plus qu'à un retrait, les modalités de son intervention s'apparente à un nouveau style d'action publique. » (Faure et al., 2007, p. 277) .

L'État, n'imposant plus un ordre politique global (Muller, 2000, p. 191), doit s'adapter à des cadres politiques établis au-delà de lui-même et gérer les conséquences de ce changement. Et les secteurs du sport et de l'action sociale mobilisent les élus, les cellules techniques mais ont aussi l'habitude d'y associer une partie de la population, mobilisée sous forme d'associations (Frinault et Le Saout, 2011). Ce polycentrisme des politiques publiques, mais aussi de l'action publique, met en jeu les inévitables concepts d'échelles et de changements d'échelles permettant *a priori* de coordonner la multitude d'acteurs pivots.

Dans le sens commun, une échelle renvoie à une suite continue et progressive (Faure et al., 2007) mais prend une autre dimension en sciences politiques. En effet, le concept d'échelle fait intervenir la notion de niveau de gouvernement (Balme, 1996). Au vue de cette définition, l'État devient alors une « *échelle d'entités politico-administratives* » (Faure et al., 2007, p. 72). L'échelle gouvernementale française, dans le cas des politiques publiques, fait donc intervenir au niveau local des appropriations particulières des formes définies par le niveau national. L'État devenu un acteur comme les autres dans la mise en place réelle des actions publiques, une simple translation depuis l'échelon étatique ne peut pas être opérée car le changement d'échelle affecte les équilibres de pouvoir qui sont caractérisés par le polycentrisme exposé plus haut. En revanche, bien que l'État ne soit plus l'unique acteur pivot, il reste en position de force vis-à-vis des financements (le budget national est supérieur au budget local mais la somme des budgets locaux engagés est tout de même supérieure au budget national), de l'impulsion des dispositifs et de promotion de modèles. La politique décidée est alors différente de sa mise en œuvre car un changement d'échelle intervient. Ce simple processus peut être « *porteur de nombreuses ambiguïtés et incertitudes dans les actions* » (Lascoumes et Le Galès, 2012) du fait de l'interprétation, des logiques et des contraintes pesants sur les acteurs en charge de l'application (de niveaux inférieurs à l'échelon étatique). Ainsi, les directives établies au plan national ont peu de chances de se retrouver telles quelles sur le terrain régional, départemental et communal. Nous posons d'ailleurs l'hypothèse que le terrain communal est l'échelon où la plus grande disparité prend forme car celui-ci est le plus « éloigné » de l'échelon national. De plus, le rôle des départements et des communes (suite aux lois de décentralisation – Tableau 4 –) sur la prise en charge du vieillissement et du sport n'a fait que s'accroître et cette hypothèse sera testée au sein de notre chapitre VI.

Domaine	Communes	Départements	Régions	État
Action sociale et sanitaire	Aides aux seniors, Centres Communaux d'Action Sociale	Allocation Personnalisée d'Autonomie	X	Politique sociale
Sport	Création, gestion des équipements sportifs, soutien aux clubs, Service des sports	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports, organe déconcentré	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports, organe déconcentré	Politique sportive

Tableau 4 - Domaines de compétences

Le partage des compétences entre différents acteurs, engendré par la décentralisation, fait qu'il y a des articulations ou des désarticulations. Ainsi, des articulations apparaissent entre les acteurs, receveurs, participants, décideurs, évaluateur et expert (Hassenteufel, 2008, p. 5) par le simple fait que les compétences des uns et des autres touchent la question du vieillissement.

Quand nous parlons de changement d'échelle, nous nous représentons bien les niveaux nationaux, régionaux, départementaux puis communaux, oubliant parfois le supranational : le niveau européen et mondial. Ce niveau est pourtant central en termes de politiques publiques de santé et encore plus en termes d'actions publiques de prévention du vieillissement. Souvent pionnière, l'Union Européenne et l'OMS sont à la tête de nombreuses normes, politiques publiques, ressources, méthodes, cadres d'actions¹¹, susceptibles d'être mobilisés et adaptés et dont se saisissent peu à peu les États membres. En effet, le processus de « *convergence* » (Bennett, 1991, p. 217), traduit comme dynamique, est observé. Il met au jour le fait que face à un même type d'enjeu et à un même type de problème, un certain nombre de pays adoptent progressivement les mêmes politiques publiques (Hassenteufel, 2008, p. 255). Il faut alors situer l'action publique nationale dans ce contexte européen (Lascoumes et Le Galès, 2012). Contexte qui se veut très souvent être « l'impulseur » de nombreuses actions publiques. Ainsi, l'Europe constitue une véritable « *fenêtre d'opportunité* » (Faure et al., 2007, p. 279) et un point d'appui

¹¹ (Organisation Mondiale de la Santé, 1999, 2002, 2004a, 2004b, 2007, 2010 ; Organisation Mondiale de la Santé et Bureau Régional de l'Europe, 2006 ; Organisation Mondiale de la Santé et FIMS, 1995 ; Organisation Nations Unies, 1982, 1995)

pour des mobilisations françaises aux différents niveaux comme nous le verrons au sein du chapitre III.

Schématiquement, l'échelle peut être montée ou bien descendue. En général, quand il s'agit d'études ayant pour objet les politiques publiques, les chercheurs ont tendance à descendre l'échelle alors que d'autres préfèrent la remonter. Nous parlons alors d'étude « *Top down* » et « *Bottom up* » (Lascoumes et Le Galès, 2012). L'analyse par le haut, vision *Top down*, sert à montrer les décisions centrales et leurs effets. Renvoyant plutôt au champ de la socio-politique, ce courant d'analyse donne un rôle prédominant à l'État (ou aux collectivités territoriales selon l'objet d'étude) dans le pilotage et l'organisation de la société, alors que nous l'avons vu l'État ne détient plus le monopole des actions publiques. Ce modèle porte en lui la volonté de comprendre la portée de l'action politique et les effets des processus mis en place au niveau central. Tandis que le raisonnement par le bas, *Bottom up*, traduit des modes d'échange et d'agrégation entre acteurs individuels, collectifs, privés, publics, etc. Prennent part les acteurs non-étatiques pourtant puissants par leur capacité à transformer des politiques publiques comme nous l'avons énoncé auparavant. Le polycentrisme est clairement la pierre angulaire de cette analyse. Ce courant renvoie à une sociologie de l'action collective au sein des organisations et des réseaux publics et privés. Ces deux perspectives d'analyse font alors apparaître une tension : les politiques publiques sont-elles déterminées par l'État, les collectivités territoriales qui jouissent d'un pouvoir politique et une certaine autonomie ou bien par des systèmes « étatiquement indépendants » qui définissent progressivement leurs propres règles d'action ? L'autonomie politique des collectivités territoriales ne leur permet tout de même pas de déroger aux compétences qui leurs sont attribuées par l'État. En effet, la sociologie de l'action publique semble avoir rompu avec les visions hiérarchiques et étatiques mais la société demeure en partie structurée par l'échelon national gouvernemental, notamment par les politiques publiques établies.

« L'analyse top-down et l'accent sur l'articulation verticale entre les différents niveaux (international, européen, national, local...) à partir de l'impact du niveau supérieur sur le niveau inférieur, tandis que l'approche bottom-up conduit plus à s'intéresser aux interdépendances entre acteurs relevant de différents niveaux dans un territoire donné. »
(Hassenteufel, 2008, p. 101).

Forte de ces remarques, notre recherche s'efforcera de croiser l'analyse *Top down* et *Bottom up* afin d'apprécier, suivant les deux visions, la juste valeur du terrain.

Ce travail permettra entre autres de rendre compte d'un certain nombre d'articulations plus ou moins efficaces, pour diverses raisons.

Hassenteufel distingue six facteurs de distorsions entre décision et mise en œuvre (Hassenteufel, 2008) :

- Le contenu même de la décision (la formulation – qui peut-être floue – et son fondement conceptuel – qui peut être erroné pour certains acteurs –) ;
- les moyens de la mise en œuvre (existence véritable des moyens nécessaires –financiers, humains, techniques –) ;
- les structures organisationnelles de la mise en œuvre (échelons multiples de l'administration – question de la transmission verticale –, possibles conflits sur le terrain entre différents types d'administrations) ;
- le comportement des acteurs chargés de la mise en œuvre (relative autonomie de l'acteur au sein de l'organisation administrative) ;
- les réactions du public cible (l'impact des ressortissants, dans un certain nombre de cas, conduit à la remise en cause du contenu même de la politique publique) ;
- le contexte de la mise en œuvre (contexte politique changeant pouvant entraîner une modification des priorités, contexte économique – les changements de conjoncture ont souvent pour effet de modifier les capacités financières de la mise en œuvre –) Sur le plan politique, tout changement peut ainsi induire une modification des priorités selon les personnalités fraîchement élues.

Lascoumes et Le Galès (2012) présentent quant à eux non pas six mais trois interprétations. Celles-ci s'efforcent d'expliquer l'échec des politiques publiques : l'ineffectivité, l'inefficacité et l'inefficience.

- « *L'ineffectivité est un défaut dans la mise en œuvre. Des décisions politiques ont été prises, des mesures adoptées et parfois des moyens accordés mais les actions*

d'application concrète n'interviennent pas ou restent partielles. Une des formes les plus classiques est l'absence de décrets nécessaires à la concrétisation des dispositions législatives votées. (...) Parfois, il faut attendre entre cinq et dix ans pour que ces décrets soient promulgués. Ainsi, le processus de mise en œuvre peut s'étirer sur des années, faute de mandat, les services administratifs compétents ne se mobilisent pas. Une fois les décisions opérationnelles prises, encore faut-il que les opérateurs l'acceptent et la comprennent, sinon les routines en place ne seront pas modifiées. » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 29).

Cette ineffectivité fait appel à la dimension symbolique que nous avons vu plus haut. Les politiques publiques sont en effet porteuses d'une dimension symbolique en ce qu'elles prouvent que le gouvernement se sent concerné par la cause soulevée, qu'il produit des décisions concrètes pour agir sur celle-ci, le tout dans « une logique d'affichage politique » (Hassenteufel, 2008, p. 12). La dimension symbolique que revêt la prise en main d'une cause sociale par le gouvernement est un effet « *inattendu* » ou « *inavoué* » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 39). Ces effets sont parfois même les plus importants, comprenant les effets d'annonce et leur portée symbolique qui permettent aux gouvernants de démontrer leur sensibilité aux questions sociales et leur capacité d'action sur celles-ci. Dans ce cas, dire, c'est faire.

- « *L'inefficacité porte sur la faiblesse des résultats obtenus. Des mesures ont été adoptées au niveau central, des compétences mobilisées et des budgets alloués, mais les attendus ne sont pas là. » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 30).*

Aux États-Unis, à la fin des années 1960, les sciences sociales s'interrogent sur la question de la persistance des problèmes économiques et sociaux alors que d'importants moyens publics ont été investis. Puis dans les années 1970, les approches empiriques de la mise en œuvre des actions publiques se sont généralisées donnant lieu à de nouveaux questionnements vis-à-vis de l'analyse classique *Top down*. Articulées par deux grands ouvrages sur la question, celui de Pressman et Wildavsky en 1973 *Implementation* pour les États-Unis et celui de Padioleau en France en 1982 *L'État au concret*, les approches *Bottom up* permettent de rendre compte que la capacité de l'État à transformer le social, à résoudre des problèmes est aléatoire et souvent faible. Mise en lumière

grâce à l'analyse de la mise en œuvre des programmes publics (sur les bénéficiaires de ceux-ci) pour comprendre de façon ascendante les dynamiques et les obstacles de l'action publique décidée au niveau national. En ce sens, John Dewey (1915) a été l'un des premiers à présenter l'action publique comme une « *proposition expérimentale* » de transformation du social et non comme un commandement (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 27). Ces derniers auteurs, apportent le fait que la multiplicité et la constante des écarts entre les programmes d'action décidés nationalement et les pratiques effectivement engendrées sont récurrentes et qu'elles sont généralement appréhendées en termes d'anomalies, de passivité des acteurs publics, voire de résistance. Les politiques publiques sont ainsi placées en échec.

- « *L'inefficience est une troisième forme d'échec envisagé cette fois sous l'angle économique. C'est le coût élevé par rapport aux bénéfices qui est en cause. Il y a disproportion entre l'investissement financier d'un programme et son impact social. Le gain collectif paraît faible.* » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 30-31).

Ineffectivité, inefficacité et inefficience permettent ainsi de rationaliser les écarts pouvant exister entre les directives nationales et leur application réelle sur le terrain. Et celles-ci peuvent être engendrées par la trilogie de Muller. Les politiques publiques ne seraient pas en mesure de résoudre les problèmes (Muller, 2000) car premièrement, les acteurs ne s'accordent pas sur la définition du problème. La décentralisation, le polycentrisme et l'analyse *Bottom up* permettent de mettre en évidence une inévitable coordination (ou désarticulation selon le cas) entre les différents acteurs afin de mener à bien toute action publique. En effet, la transmission verticale d'une décision soulève le problème et la question des unités administratives chargées de l'application de la politique publique et des relations qu'elles entretiennent entre-elles. Ensuite parce qu'il n'y a jamais de consensus sur la chaîne causal qui produit le symptôme que l'on veut traiter. Enfin, parce que l'on est en général incapable de mesurer sérieusement les effets de l'action publique sur la société.

En effet, peu d'études longitudinales existent ce qui ne favorise pas les actions en matière de politiques publiques sociales.

Cependant, l'évaluation même des politiques publiques ne sera pas l'objet de ce travail, il s'agira bien plus de souligner des points de tension et des difficultés.

Pour terminer, la sociologie des sciences, des politiques publique mais aussi celle de la participation met en jeu la notion de dispositif, concept au cœur de notre travail de recherche. Zittoun propose la définition suivante : « Le dispositif est d'abord un assemblage intentionnel d'éléments hétérogènes (instruments, méthodes, actions publiques, etc.) répartis spécifiquement en fonction d'une finalité attendue. » (Zittoun, 2013, p. 1 – Encart 3 –).

Dans notre cas, les dispositifs font donc référence à de multiples acteurs, qui portent ce dispositif. Ces acteurs issus des politiques publiques mais venus de champs différents s'articulent alors intentionnellement pour un même but qui définit un objectif commun : produire des actions publiques sociales qui permettront de prévenir les effets du vieillissement.



Cette figure permet de rendre compte de l'articulation d'acteurs, d'étapes et de compétences hétérogènes où le dispositif cristallise l'objectif commun (Zittoun, 2013, p. 1).

Encart 3 - Modélisation de la construction d'un dispositif selon Zittoun

Les dispositifs que nous serons amené à étudier seront la résultante d'une configuration d'actions publiques particulières dans le sens où ils s'attacheront à faire participer les receveurs, ou ressortissants (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103). Dans notre cas, sans l'adhésion et la pleine inscription des seniors, les dispositifs mettant en jeu une pratique d'AP ne peuvent être qualifiés en tant que tels. Ce type d'instrument fait donc appel à des dispositifs où la participation citoyenne est une condition *sine qua non*, ce sont donc des « *dispositifs participatifs* » (Zittoun, 2013, p. 3).

Le caractère intentionnel des divers assemblages préalables à la construction du dispositif est primordial bien que nous n'interrogerons pas directement en profondeur le processus de construction mais plutôt son déploiement et son adhésion par le public receveur. Ainsi, nous nous focaliserons sur des dispositifs de prévention et des dispositifs d'actions collectives.

L'entrée par les dispositifs nous permet par la même d'interroger autour d'une même action l'ensemble des acteurs de la prévention du vieillissement par les AP. En effet, grâce à l'approche par les modèles d'intervention, nous nous plaçons directement au cœur de leur articulation car ils se coordonnent lors de la concrétisation des leurs dispositifs. Cet unique point de rencontre constitue donc une entrée privilégiée pour saisir les engagements de chacun.

Au sein de cette introduction, nous nous sommes attachés à un cadrage général théorique, en revanche, au sein des développements qui suivent, nous reviendrons sur d'autres points d'appuis théoriques plus directement ciblés sur les éléments y étant effectivement développés.

e. Problématique

Nous nous intéresserons à l'articulation des dispositifs de prévention des effets du vieillissement et à la place de l'AP au sein de ceux-ci. Cette question centrale implique d'envisager d'une part la mise en politique de la prévention du vieillissement et d'autre part la place de l'AP dans cet ensemble.

i. La mise en politique de la prévention du vieillissement

Nous nous interrogeons avant toute chose sur l'apparition de questions liées à la vieillesse puis au phénomène du vieillissement de la population (qui marque une évolution en son sein), ainsi que leur visions problématiques débouchant sur la mise sur agenda politique de celles-ci.

Suivant les logiques théoriques de séquentialité, nous nous demandons également qu'elles ont été les solutions envisagées pour répondre au problème du vieillissement ? Ont-elles subi une quelconque évolution ? Au même titre que la qualification des problèmes liés à la vieillesse, la société en général et les personnes âgées en particulier ont-elles évolué ?

La perspective temporelle longitudinale de l'analyse des productions institutionnelles aux différents échelons territoriaux permettra d'interroger l'idée de continuité d'une vision unique d'un vieillissement en santé ou bien de noter des divergences, des évolutions, des contradictions, etc. Des moments charnières pourront ainsi être mis en exergue.

Jeter le regard sur la mise en politique et ses différentes séquences, implique également de s'interroger sur les dispositifs mis en œuvre pour répondre au problème des conséquences du vieillissement.

ii. Les dispositifs de prévention

Ce volet problématique se concentre effectivement sur les dispositifs qui sont déployés pour prévenir les effets du vieillissement. Les dispositifs sont ici entendus comme des actions ou des interventions qui ambitionnent de prévenir les conséquences du vieillissement. Nous nous interrogeons alors à la fois sur les dispositifs eux-mêmes, mais aussi sur leurs décideurs, porteurs, opérateurs mais également sur leurs receveurs.

Comment sont-ils pensés, construits, décidés puis déployés ? Les dispositifs sont pensés avec quel soubassement ? Pourquoi un dispositif est-il choisi plutôt qu'un autre ? Quelle est la place des AP au sein de ceux-ci ?

Ces dispositifs sont-ils généralisés ? Constituent-ils des modèles d'interventions¹² ? De grands modèles sont-ils décidés et approuvés pour ensuite être déployés en territoire ?

De plus, comment les acteurs (décideurs, opérateurs, receveurs) des dispositifs s'articulent-ils ? Mais aussi, comment les dispositifs s'articulent-ils entre eux ?

Qui prend part à leur concrétisation ? Qui sont les acteurs principaux des dispositifs décidés et déployés ? Retrouvons-nous des schémas d'intervention type, reproduit par les mêmes acteurs ? De surcroît, comment le public receveur y adhère-t-il ? Y adhère-t-il tout simplement ? Correspondent-ils aux attentes et besoins des seniors ?

Les questions qui gravitent autour de la sous-problématique des dispositifs sont essentielles à notre étude car elles pointent avec précision ce qui est concrètement fait sur le terrain pour effectivement tenter d'agir en faveur d'un vieillissement en santé.

¹² Nous parlerons indifféremment de modèles d'interventions, d'actions, de modes d'interventions, d'actions ou de dispositifs d'actions, d'interventions.

iii. Le triptyque des articulations

Les dispositifs de prévention font que tous les agents en présence sont tous concentrés sur la prévention des effets du vieillissement. C'est ainsi que l'existence même de dispositifs révèle l'articulation des acteurs s'y inscrivant car les compétences de chacun touchent la même ambition, le même but, le même objectif. Seulement, ces articulations ne font pas forcément légion.

Les articulations que nous interrogeons sont triples. Tout d'abord, nous nous demandons comment s'articulent les acteurs (et les dispositifs dont ils sont les créateurs, opérateurs ou receveurs) au niveau trans-échelles mais aussi intra-échelle (au niveau local notamment). Enfin, la question de l'articulation entre les acteurs eux-mêmes, qu'ils soient acteurs, receveurs, participants ou décideurs (Hassenteufel, 2008, p. 5), nous intéresse également. Venus d'horizons divers, leur mise en commun nous interpelle d'autant plus.

En effet, un tissu complexe se révèle en territoire. Divers acteurs publics et privés venus de champs différents se mêlent, se coordonnent ou se concurrencent. Ils mettent alors au jour des modèles d'interventions aussi divers que légitimes, qui seront à leur tour fragmenté, diversifié ou cordonné. Cette donnée implique de se concentrer sur l'identification des acteurs y prenant part et de porter un intérêt particulier à leurs articulations ou désarticulations malgré la nécessité de coordination que confère leur intégration autour d'une question qui est commune à tous.

Puis, nous nous demandons comment des cadres d'actions publiques décidés au sein des sphères gouvernementales se retrouvent en territoire ? Comment s'articulent les volontés dans leurs mises en application ? Sous quelles formes se retrouvent-elles appliquées ? Des innovations, des coordinations originales ou encore des modèles d'actions sont-ils établis en dehors des décisions étatiques ? À quelles sortes de tensions, de confrontations ou encore de dysfonctionnements ces concrétisations sont-elles soumises ?

Enfin, cette analyse de la prévention du vieillissement par les dispositifs d'interventions porte l'intérêt primordial de faire une focale sur les retombées qu'en ont les milieux concernés. Nous nous demandons effectivement comment s'insèrent au milieu de toutes ces actions publiques les ressortissants (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103). Les personnes âgées épousent-elles les dispositifs déployés par les concrétiseurs (eux-mêmes tenus aux volontés des décideurs) ? Les receveurs inscrivent-ils leurs pratiques au sein des actions publiques ? Les

pratiques effectives des personnes âgées épousent-elles les modèles définis par des sphères qui leur sont extérieures ? Ces modèles généraux et à vocation universelle épousent-ils les parcours de vie nécessairement individuels ? Les seniors inscrivent-ils leurs pratiques au sein de ces modèles d'actions ou bien nourrissent-ils tout autre type d'engagement corporel ?

iv. La place des AP au sein de ce schéma complexe

Enfin, le dernier volet problématique concerne la place de l'AP au sein de cet ensemble. Nous nous focalisons d'abord sur un volet technico-scientifique. Comment les AP se sont imposées comme outils d'aide à la prévention des effets du vieillissement ? Comment les AP ont-elles été admises comme bénéfiques sur la santé de la population vieillissante ? Quelle évolution ont-elles subi ? En termes de types de pratiques pures mais aussi en termes d'évolution de l'importance qui leur est reconnue pour lutter contre les effets de vieillissements. Pourquoi les AP détiennent-elles une place si particulière pour un vieillissement en santé ? Pour quelles raisons et par quels moyens ont-elles réussi à sortir de la sphère sportive pour irriguer celles du médico-sociale et du politique ? À quel(s) type(s) de pratique(s), modalité(s), finalité(s) et encadrement(s) les AP ainsi conseillées pour les seniors font-elles références ? Et qui conseille ces pratiques physiques ?

Notre deuxième niveau de questionnement se base plus sur l'aspect politico-administratif des modèles d'interventions déployés. Effectivement, un intérêt certain est porté aux acteurs qui s'inscrivent effectivement dans l'offre de pratique pour seniors. Ainsi, nous nous demandons comment les opérateurs de terrain se saisissent-ils des dispositifs ? À quels types d'opérateurs sommes-nous confrontés ? Ceux-ci s'articulent-ils avec d'autres champs d'action que celui du monde sportif ? Qui sont les réels opérateurs de la pratique physique des seniors ? Par quel corps de métier celles-ci sont-elles dispensées ? Et qui sont les financeurs et les décideurs de modèles d'interventions déployés ? Mais aussi, comment retrouvons-nous au niveau local les programmes d'AP décidés et financés par les échelons supérieurs ?

Et enfin, cristallisant les dernières interrogations, nous nous interrogeons sur les receveurs de ces actions et sur leurs articulations ou désarticulations d'avec les modèles qui ont été pensés et déployés au-delà d'eux mêmes mais pourtant pensés pour eux. Comment retrouvons-nous les AP sur le terrain ? À qui les dispositifs de prévention par les AP s'adressent-ils ? À toute la

population de plus de 60 ans ? Les modalités sont-elles différentes en fonction des seniors ? Y-a-t-il des sous-catégories de pratiques ? Si elles existent, en fonction de quels critères sont-elles définies ? Les AP qui sont dispensées via les modèles d'interventions correspondent-elles aux attentes, besoins et envies des receveurs ? Les ressortissants pratiquent-ils, de manière effective, dans leur vie de tous les jours les AP conseillées et plébiscitées ? Inscrivent-ils leur parcours de vie au sein des recommandations ou s'adonnent-ils à d'autres activités ?

f. Éclairage méthodologique

Pour mener ce projet nous mettrons en œuvre une méthodologie multiforme. Nous présenterons ici les grandes lignes, cependant nous avons opté pour des focus précis au sein des chapitres concernés.

Pour répondre à la multitude d'interrogations exposées ci-dessous nous disposons de plusieurs outils méthodologiques. En effet, pour étayer notre raisonnement, nous nous appuyons sur différentes données. Cette enquête s'inscrit dans un projet collectif plus large (document complet de présentation du projet PICRI en annexe 1, p. 375). En effet, une recherche-action d'ampleur régionale est intimement liée à ce travail de doctorat. Nommée « LA GOUVERNANCE DU « BIEN VIEILLIR » AU NIVEAU LOCAL : LE ROLE DES PRATIQUES PHYSIQUES. », il est financé par la Région Île-de-France, ce qui aura un impact sur le terrain d'investigation. En effet, nous concentrerons nos enquêtes de terrain sur la région francilienne et notamment sur deux départements qui sont l'Essonne et la Seine-et-Marne. 24 personnes au total ont ainsi été associées au projet de recherche. Celles-ci comprennent quatre enseignant-chercheurs (dont le directeur et le co-directeur de la présente thèse), 20 étudiants¹³ et donc un doctorant¹⁴.

¹³ « Etudiants en licence professionnelle « Vieillesse-Activités physiques adaptées » : dans le cadre d'un projet tuteuré, un groupe d'étudiants participe au dispositif d'enquête. Plusieurs étudiants du master Cultures sportives pourront par ailleurs être associés au projet. Leur cursus leur permet de s'y investir soit par le biais du choix de leur mémoire de recherche, soit par celui de leur stage en M2. », p. 13 de la présentation du projet de recherche PICRI.

¹⁴ « Le projet PICRI contribue au financement d'une bourse doctorale et constitue ainsi le sujet de thèse d'un étudiant. », p. 13 de la présentation du projet de recherche PICRI.

Six étudiants en master ont aidé à la mise sous pli des questionnaires aux clubs et aux communes, et quatre d'entre eux ont permis de réaliser 1/3 des relances effectuées par e-mails.

Trois autres étudiants, mobilisé sur 10 jours, ont aidé à la passation des questionnaires faits en vis-à-vis direct avec les seniors (en lieux publics et en établissements).

Enfin, les entretiens semi-directifs mobilisés au sein de ce travail ont été menés et retranscrits exclusivement par le doctorant sauf pour deux d'entre eux (à savoir celui de la responsable de formation d'ADAL et le fondateur de Siel Bleu).

En premier lieu, il est apparu indispensable de recourir à une cartographie la plus fine possible de l'ensemble des documents qui ont abordé les thèmes de la prévention du vieillissement, quel que soit le niveau interrogé (international, européen, français, régional, départemental, communal). Nous avons alors constitué un corpus à partir des textes marquants spécifiques à la question du vieillissement depuis les années 1960, émanant des institutions internationales (ONU, OMS, Organisation de Coopération et de Développement Économiques – OCDE –, Union Européenne – UE –) et de l'État français. Ces textes ont été retenus car ils marquent des évolutions significatives dans les conceptions de la question du vieillissement et dans les modes d'actions envisagés. Sur une période plus récente, à partir des années 2000, notre focale sur l'usage des activités physiques dans la prévention du vieillissement nous a amenés à élargir le recueil des programmes à l'échelle nationale en incluant les programmes spécifiques aux APS ou ceux liés à la nutrition. Au total, le corpus se compose de plus de 70 textes (listing complet en annexe 2, p. 391) issus des mondes scientifiques, politiques, sportifs et sanitaires.

Ce corpus permet effectivement de comprendre et d'analyser la mise en politique et l'évolution de la vieillesse, puis du vieillissement de la population et enfin de la prévention du vieillissement. Il favorise également la mise en lumière de la place des AP au sein de tout cet ensemble.

Ensuite, des enquêtes quantitatives par questionnaires ont été déployées. L'ensemble de la méthodologie complète sera détaillé plus loin (Encart 24, Encart 26, Encart 27), lors de l'utilisation des données recueillies.

Ce type d'enquête permet de mettre au jour les pratiques effectives des acteurs (qu'ils soient décideurs, opérateurs ou receveurs). Nous nous sommes effectivement intéressés aux associations sportives (n = 530), aux EHPAD (n = 74) ainsi qu'aux personnes résidant au sein de ce type de

structures (n = 79). Enfin, la population des seniors (n = 437) des deux départements que nous avons investigués, déterminés par le projet collectif PICRI vu précédemment, a également fait l'objet d'une attention particulière. L'ensemble de ces questionnaires n'aurait pu révéler leur richesse sans l'indispensable appui du logiciel d'analyse Modalisa®. Cet ensemble permet ainsi de confronter les pratiques réelles aux modèles d'interventions déployés en territoire.

Ces dernières données méthodologiques se sont révélées être indispensables afin de mettre au jour les pratiques effectives localement et leur confrontation d'avec les habitudes de vies des seniors.

En outre, des entretiens avec les acteurs concernés par ces thématiques permettent d'articuler ces différents contenus grâce à la mise en exergue des contextes de production de ceux-ci. Les entretiens semi-directifs ont mis en jeu plus de 50 acteurs (n = 54 – Encart 4 – listing complet des acteurs et grilles d'entretiens en annexes 3 et 4, p. 398-403) issues des mondes politiques, sanitaires, sociaux et sportifs.

Acteurs municipaux (n = 20) :

- Maire, élus aux personnes âgées, élus aux sports, directeurs de centres communaux d'action sociale, directeur de centre social intercommunal, directeurs de CLIC, directeurs des sports et éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives.

Acteurs issus du monde sportif (n = 25)

- Présidents de clubs sportifs et de sports adaptés, éducateurs de clubs sportifs et de sports adaptés, présidents et membres de comité départementaux sportifs et de sports adaptés, président de comité régionaux sportifs et de sports adaptés, directeur et membres de fédérations sportives et de sports adaptés, membre du comité départemental olympique et sportif.

Acteurs départementaux (n = 4)

- Conseillers départementaux, membre du comité départemental des retraités et des personnes âgées et employé à la direction départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Acteurs issus du monde de la santé (n = 2)

- Chargée de mission à la prévention retraite Île-de-France et directeur de l'action sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse.

Acteurs issus du monde politique (n = 3)

- Experts pour le gouvernement et rapporteur de la nouvelle loi autonomie.

Encart 4 - Entretiens semi-directifs

Ces entretiens semi-directifs se sont révélés indispensables pour saisir les modèles d'interventions retenus, leurs mises en application, leurs déploiements et leurs conséquences. Concernant des acteurs nationaux, régionaux, départementaux et communaux, ils permettent de mettre en lumière les jeux d'acteurs et d'articulation au profit de la mise en application des dispositifs d'interventions, parfois révélatrice d'articulations peu, ou pas, efficaces.

Pour répondre à cet ensemble de questions, nous nous attacherons à mettre au jour dans un premier temps la construction de la politique vieillesse en France (Chapitre II), pour ensuite concentrer notre analyse sur la construction d'une politique de prévention du vieillissement (Chapitre III) au sein de laquelle nous porterons un intérêt particulier sur la place qu'occupent les AP (Chapitre IV). C'est ainsi que notre travail devra légitimement se focaliser sur les acteurs (Chapitre V) qui prennent part à cette prévention d'un vieillissement en santé grâce au vecteur que sont les AP. Après cette analyse, le lieu de mise en œuvre effective sera naturellement au cœur de notre étude. Ainsi, la commune (Chapitre VI), lieu où les dispositifs de prévention sont *a priori* concrétisés, fera l'objet d'une attention conséquente de part son rôle clef. Pour terminer, nous ne pouvons nous soumettre à l'étude de la confrontation entre modes d'actions déployés et pratiques effectives des seniors (Chapitre VII).

PARTIE 1 - LES POLITIQUES PUBLIQUES

La progressive mise sur agenda politique de la question de la vieillesse, tributaire de son évolution conceptuelle : construction de la politique de la vieillesse en France

Au sein de cette partie, nous interrogerons dans un premier temps la prise en compte du vieillissement au sein des politiques françaises. Axée sur une double focale, notre étude mettra au jour l'arrivée sur la scène politique des questions liées à la vieillesse. D'autres part, nous évoquerons son évolution, possible par l'analyse des différents écrits apparus suite à l'appropriation sociale du phénomène du vieillissement de la population par le gouvernement.

Nous commençons ici par nous interroger sur la prise en compte des personnes âgées et de leur vieillissement au sein des politiques de l'État. Nous nous demandons, plus particulièrement, pourquoi et à quel moment nous assistons à l'arrivée du « problème » de la vieillesse sur la scène publique. Problème nécessitant une « *mise en politique* » (Barthe, 2006) par son inscription sur l'agenda. Pourquoi les acteurs politiques et administratifs s'intéressent-ils au problème social du vieillissement ? Pourquoi vont-ils décider de le traiter et dans quel sens vont-ils aller pour le régler ? Les questions relatives au vieillissement sont devenues un débat public mettant en marche la machine gouvernementale qui devra tâcher de trouver, de proposer et d'appliquer des solutions si elle ne veut pas en rester à des effets d'annonce, des symboliques (Hassenteufel, 2008). L'État prend alors à bras le corps le problème du vieillissement. Il va produire des solutions, convoquera des comités d'experts, etc. Puis, le choix d'une solution, alternative ou non, apparaîtra. La décision proprement dite nous intéressera particulièrement, cristallisée par l'apparition de politiques sociales axées sur la vieillesse collective et/ou individuelle, ainsi que les problèmes que ces politiques soulèvent et auxquels elles souhaitent apporter une réponse. Nous nous focaliserons aussi sur l'évolution de ces politiques offrant un « traitement » aux problèmes que sous-tend le vieillissement. Ce travail nous permettra alors de mettre au jour une évolution majeure quant au regard porté sur le vieillissement ainsi que sa prise en compte par le politique.

a. 1910-1979 : De l'assistance à l'éducation

i. 1910-1960 : L'assistance aux plus démunis

L'arrivée sur la scène politique de la vieillesse vient de la demande sociale de répondre aux besoins, qui seront au départ purement économiques, des âgés. Ainsi, la première période est caractérisée par des politiques de la vieillesse qui visent à assurer un minimum de ressources (jusqu'à la mise en place progressive d'un système de retraite) aux « économiquement faibles ». La loi du 14 juillet 1905 institue l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, suivie de la loi de 1910 qui a procédé à une première généralisation du droit à la retraite pour les ouvriers et paysans. Plus tard, face aux difficultés financières ne permettant pas au système de la capitalisation de fonctionner correctement, la loi de 14 mars 1941 combina le régime des Assurances Sociales et celui de l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (AVTS), pour aider les travailleurs n'ayant pas de ressources suffisantes. 1945 voit l'instauration du régime général des retraites dans le cadre de la Sécurité Sociale, inséré dans le contexte de puissance du mouvement ouvrier (Caradec, 2001, p. 12).

Dans les faits, 1945-1946 voient la mise en place de la sécurité sociale et depuis 1946, les principes de 1945 entrent progressivement en vigueur car de nombreuses volontés n'ont pas pu être appliquées rapidement. De 1905 à 1945, la demande sociale était alors d'aider économiquement les personnes âgées, au départ regroupées au sein de la même catégorie que les « incurables » et les « infirmes ». L'unique aide que peut apporter la société est donc une aide économique. Les toutes premières politiques publiques à destination de la population âgée sont alors uniquement centrées sur les revenus minimums devant être assurés par l'État. Ces politiques socio-économiques sont à la fois une réponse claire à la demande sociale du peuple mais aussi la seule réponse plausible face à cette « maladie » incurable que cristallise la vieillesse. Elles sont la solution au problème vieillesse de l'époque. C'est-à-dire que les acteurs sociaux ont admis à ce moment-là percevoir un écart entre ce qui est, ce qui pourrait être et ce qui devrait être (Padioleau, 1982, p. 25).

Guillemard a particulièrement bien montré que de 1945 à 1961, la politique des retraites cristallise l'axe privilégié d'intervention de l'État. Le souhait de subvenir aux besoins

économiques des aînés est véritablement l'une des actions du gouvernement depuis 1905, cependant, une évolution est relevée à partir de 1945. L'édification d'un droit à la retraite représente dorénavant la reconnaissance d'un statut social spécifique : celui de retraité qui détient un droit socialisé à l'inactivité indemnisée. Ainsi, la vieillesse se définit par ce droit à la retraite, par l'entrée dans l'inactivité indemnisée. Elle est construite, en tant que problème public, comme un droit à l'existence dans la vie d'après le travail.

Les travaux des Nations Unies (ONU) étayaient l'idée d'une mutation idéologique. L'ONU, à la fin de la première moitié du XX^{ème} siècle, se propose effectivement de détourner le regard porté sur les vieillards et, via son Assemblée Générale (résolution 213 [III], 1948), suggère de formuler un projet de déclaration des droits des vieillards. Une fois les régimes de retraite généraux mis en place, et les besoins primaires pris en charge, les Nations Unies travaillent sur le vieillissement de la population et la France intègre cette problématique à son agenda politique dès les années 1960. Le ministère de la santé publique et de la population envisage de planifier et d'ériger des priorités. Nous avons vu que la mise sur agenda politique renvoie aux problèmes publics traités par le gouvernement durant son mandat, par ordre de priorité (Collinet, Schut, Pierre, & Caluzio, 2014, p. 4). Ainsi, en avril 1960, le Premier ministre, Michel Debré, crée la Commission d'Études des Problèmes de la Vieillesse. Présidée par Pierre Laroque¹⁵, cette commission « *se voit conférer une tâche de réflexion sur les problèmes spécifiques de la vieillesse, dont les résultats serviront à refondre l'ensemble de la politique vieillesse* » (Thomas, 1996). La commission et le rapport Laroque sont signalés par de nombreux auteurs (comme Bois, Ennuyer, Gucher, Guillemanrd, Régulier, Viriot, etc.) comme le point de départ de la politique de la vieillesse en France.

¹⁵ Alors Président adjoint d'une sous-section de la Section du Contentieux (depuis 1959). En août 1964, il est nommé Président de la Section Sociale du Conseil d'État, fonction qu'il exercera jusqu'à sa retraite en 1980.

ii. 1961-1979 : La création d'une politique de la vieillesse

Les interventions sur les rapports entre vieillesse et société changent au tournant des années 1960. Entre 1960 et 1975 (Guillemard, 2014), l'État français ne se focalise plus sur le droit à la retraite mais sur les modes de vie des dits retraités. Le grand projet de réinsertion sociale des âgés (Guillemard, 2014) en est à ses prémices et les politiques de la vieillesse portent dorénavant en leur sein un focus sur la prolongation d'une vie indépendante. Cette bascule entre le droit à la retraite et un mode de vie spécifique s'opère dans la société, puis dans les politiques publiques avec le rapport Laroque, comme il est communément appelé (Laroque, 1961).

Le sort réservé aux âgés au début des années 1960 est jugé comme inacceptable¹⁶ ce qui va favoriser la mise sur l'agenda politique du problème de la vieillesse (Henrard & Ankri, 2003).

Le rapport Laroque marque l'amorce d'une réelle politique de prévention du vieillissement car il envisage et permettra la mise en place d'une politique de la vieillesse qui trouve son origine dans « *la rencontre entre un certain volontarisme national et des initiatives locales* » (Argoud, 2014). De ce fait, Laroque endosse le rôle d'« *expert* » (Bossy, 2010). Appelés par Olivier Nay et Andy Smith (2002, p. 12) « *acteurs intermédiaires* », les experts ont la capacité d'intervenir dans différentes arènes dont les règles, les procédures, les savoirs et les représentations peuvent être éloignés. Ce sont des médiateurs entre des institutions dont ils sont souvent situés à la marge (Hassenteufel, 2008, p. 198). Alors que Jamous (1969) les nomme plutôt comme étant des « *marginiaux sécants* », car à la marge de certains milieux (professionnels, sociaux, politiques) mais en même temps à l'interface de ceux-ci, ce qui leur permet de jouer un rôle clé dans la décision politique. Le rapport Laroque, étant un instrument d'expertise, confère à son auteur une double fonction : « *porte-parole* » et « *porteur* » (ou traducteur) des politiques publiques (Hassenteufel, 2008, p. 199) . Il est finalement un acteur intermédiaire entre un espace de pouvoir et un espace de savoir. Comme vu en introduction, il joue le rôle d'exportateur de savoir et de légitimité, acquis dans le champ scientifique, pour fonder une décision sur un problème discuté dans le champ politique. Comme le résume Delmas (2001, p. 25) l'expert est « *placé entre le pôle*

¹⁶ De nouvelles aspirations apparaissent avec l'apparition de la sécurité sociale après la guerre, la solidarité est perçue comme un droit, les actions d'assistance sont perçues comme dégradantes et enfin l'enfermement des vieillards perçu comme inadmissible, au regard de l'essor économique (Henrard & Ankri, 2003).

intellectuel et le pôle politique », le savoir produit par l'expert, ici le rapport, est ainsi un savoir pragmatique que l'ensemble des acteurs d'une politique publique peut saisir. En d'autres termes, l'expertise permet d'obtenir une « *science de l'agir* » (Delmas, 2001, p. 22).

Comme nous l'avons vu, les seules politiques présentes à l'époque en France concernant les personnes âgées, sont axées sur les conditions économiques de vie à l'âge de la retraite. Ce rapport marque, non pas une rupture, mais une avancée car il va permettre d'ouvrir le regard sur les âgés et sur d'autres composantes de leur vie au sein des politiques publiques. L'intérêt n'est plus seulement économique, celui-ci émet effectivement des préconisations qui cherchent à éviter l'exclusion et le placement en institution de la personne âgée alors que parallèlement (en 1961 aussi), avec le début du V^{ème} plan (1966-1970), 40 000 places dans les hospices sont créées. Très novateur, ce rapport propose que l'État français émette des recommandations de styles de vie favorables à un mieux vieillir afin de retarder (ou du moins ne pas accélérer) le processus du vieillissement, proposition permettant l'émergence d'une réelle politique de la vieillesse¹⁷. Est ainsi mis en lumière le fait qu'il faut manger correctement, faire de l'activité physique, conserver une activité intellectuelle, avoir un travail et des conditions de vie adaptées à soi-même et se préparer psychologiquement à la retraite. Cet écrit marque une étape charnière au sein de l'histoire des politiques du vieillissement. Pour la première fois en France, un rapport met en exergue l'importance d'opter pour la mise en place d'une politique de prévention. Il s'agit non plus de subvenir aux besoins des économiquement faibles mais plutôt d'éviter les situations problématiques en prévenant, en anticipant les méfaits pouvant être rencontrés pendant la vieillesse. Laroque souligne aussi l'importance de la place que possèdent l'État et les collectivités au sein du processus du vieillissement et de sa prévention : les institutions se doivent de mettre en place toutes actions qui pourraient favoriser l'activité physique et mentale des personnes âgées. Les responsabilités de l'individu et de la collectivité toute entière sont alors mises au jour quant aux dégradations que rencontre la population âgée. Formant un tout, le vieillard et la France (déclinée à tous les échelons) doivent prévenir le vieillissement¹⁸.

¹⁷ Qui doit permettre d'atteindre les objectifs suivants : permettre au plus grand nombre de vivre sans incapacité, assurer la meilleure qualité de la vie pour toutes les personnes (autonomes ou non) et réduire les inégalités sociales en santé (Aquino, 2012).

¹⁸ Le rapport, afin de faire ses recommandations, s'est aussi inspiré des actions efficaces menées au sein de trois pays ayant été enquêtés : la Grande-Bretagne, la Suède et le Danemark.

De plus, cet écrit pose la question fondamentale et toujours d'actualité de la place des personnes âgées dans une société. La réponse du rapport Laroque est claire : la place des personnes âgées dans la société française est de rester parmi les autres générations, comme elles le souhaitent profondément, en excluant toute ségrégation. Convenant que le placement collectif de certains vieillards, physiquement ou psychologiquement incapables de mener une vie indépendante, continuera de s'imposer, ce rapport affirme néanmoins que ces institutionnalisations des corps vieillissants doivent rester exceptionnelles.

« Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain » (Laroque, 1961, p. 4).

« (...) cette solution doit demeurer exceptionnelle. L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires (...) Ainsi tout en évitant de faire naître chez les vieillards un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être constamment mêlés à des adultes et à des enfants » (Laroque, 1961, p. 9).

L'intérêt est porté sur la conservation de l'autonomie de la personne âgée par le biais d'un soutien à domicile, de l'adaptation du logement, de la pratique d'activités de loisirs, de la mise en place d'actions de prévention, du déploiement de maisons de retraites et services gériatriques, etc. Pierre Laroque prône alors de façon très novatrice une vieillesse active, autonome mais surtout intégrée dans le milieu de vie, dans la société. Il plaide pour une vieillesse non ségréguée, il propose un glissement de la stratégie curative et partielle à la stratégie préventive et globale. La logique d'assistance française est mise à mal au profit d'une réelle « politique de la vieillesse ». Au final, Laroque embrasse l'idée que la vieillesse n'est plus seulement le résultat d'une fatalité génétique mais qu'elle se prépare et s'accompagne (Henaff-Pineau, 2008).

Cependant, le projet politique d'intégration sociale de la vieillesse n'a pas reçu dans la société les appuis indispensables à sa mise en œuvre, par exemple, le patronat était surtout préoccupé de

trouver des investissements productifs et non pas de prolonger l'activité des travailleurs âgés, les syndicats étaient focalisés sur la réduction de la durée du travail et non pas sur l'intégration sociale. Des obstacles à la politique vieillesse se sont dressés. D'abord d'ordre structurel car cette politique novatrice se voulait préventive, globale et multifactorielle, elle s'est ainsi heurté au fonctionnement bureaucratique des ministères. Puis liés au contexte général, notamment des contraintes économiques et financières, et d'ordre socioculturel car les conceptions dominantes de l'époque de la santé et de la vieillesse étaient loin de ce que prônait le rapport Laroque (Henrard & Ankri, 2003, p. 213). En effet, le savoir produit suite à la situation d'expertise est subordonné au pouvoir décisionnel du politique : l'autorité politique pourra, ou non, s'en saisir bien qu'il est été fourni à sa demande (Hassenteufel, 2008, p. 202). C'est en ce point précis que se joue toute la tension soulevée par un problème mis en politique (Barthe, 2006). Initiée par le rapport Laroque, une nouvelle vision apparaît tout de même : les aînés sont « humanisés », permettant l'apparition d'un glissement sémantique de la catégorie des âgés (Lenoir, 1979). À partir de 1961, nous parlons bien plus volontiers de « personnes âgées » que de « vieillards » comme en atteste la circulaire du 2 février 1960 « *relative à la Préparation du III^{ème} Plan (1958-1961) d'équipement sanitaire, Partie Doctrine de l'hébergement des vieillards* » qui porte le stigmate des « vieillards » alors que celle de 1961 et 1963 sont respectivement relatives à la « politique sociale des personnes âgées » et à la « politique des personnes âgées ». La volonté « *de respecter leur dignité jusque dans le langage* » (Debru, 2014, p. 46) est présente au sein de ces écrits par l'introduction même du terme « personne ».

Le virage est bel et bien amorcé, le rapport Laroque constitue alors un apport essentiel qui a consisté à légitimer une conception nouvelle de la vieillesse. Et une nouvelle vieillesse engendre une mise à jour indispensable des politiques la traitant. C'est ainsi que la politique mise en lumière par Laroque est triplement novatrice selon Caradec (2001). En effet, l'orientation principale est déplacée du terrain économique vers le terrain social, la politique souhaitée vise à concerner l'ensemble des personnes âgées et non plus seulement les « économiquement faibles » (comme c'était le cas auparavant avec les mesures d'assistances) et elle tente de définir une nouvelle manière d'être âgé. C'est ainsi qu'en France la vieillesse n'est plus conçue en tant que retraite, que droit à l'inactivité, mais en tant que position sur l'échelle d'âge ouvrant de nouveaux droits à l'intégration (Guillemard, 2014). Ainsi, sont nombreux les auteurs s'accordant à citer le rapport Laroque comme véritable point de départ des politiques vieillesses.

Dans les années 1960-1975, nous pouvons dire que sous l'impulsion de l'État gaulliste, un nouvel enjeu apparaît : le mode de vie des personnes âgées (Guillemard, 1986). Humanisés avec le rapport Laroque, les aînés commencent à être pris en compte au sein des politiques publiques. Force est de constater que la France interroge encore une fois les mêmes problématiques qui sont au cœur des discussions des Nations Unies. En effet, en 1969 l'Assemblée Générale des Nations Unies évoque elle aussi la nécessité de protéger les droits et d'assurer le bien-être des personnes âgées¹⁹, puis elle invitera en 1974²⁰, l'ensemble des gouvernements à tenir pleinement compte, dans leurs politiques de développement, des incidences de l'évolution de l'effectif et de la proportion des personnes âgées dans leurs populations. Berlivet (2004) voit une succession naturelle entre cette première mise en garde et la crise de l'État providence. Le ralentissement de la croissance, la montée du chômage et les difficultés de financement de la protection sociale remettent en cause, selon l'auteur, les politiques de la vieillesse (pensées sous Laroque) qui vont perdre de leur dynamisme. Gagnées par des préoccupations gestionnaires, ces toutes nouvelles politiques vont alors se transformer pour laisser place uniquement à la prévention, qui elle, ne peut plus se détacher de la notion d'éducation à la santé où seul le changement des comportements à risques peut prévenir efficacement.

Depuis le rapport Laroque, bon nombre de politiques publiques ont été pensées pour répondre aux problèmes du vieillissement (Gucher, 1998). En outre, au cours des années 1970, la France voit le passage progressif d'un mode d'action des politiques centré sur des solutions curatives à des mesures ayant des finalités préventives (Bossy, 2010). C'est ainsi qu'en 1972, la création du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES²¹) permettra de concrétiser la volonté d'éducation du peuple. En résulte des campagnes françaises d'éducation pour la santé et un infléchissement du tout hospitalier en faveur de la prévention exposée comme alternative aux actes médicaux. Les commissions préparatoires des VI^{ème} et VII^{ème} plans (respectivement 1971-

¹⁹ Article 11 de la Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social, Résolution 2542 [XXIX] du 11 décembre 1969.

²⁰ Via une disposition du Plan d'action mondial sur la population, adoptée par la Conférence mondiale de la population.

²¹ Le CFES demeurera ainsi jusqu'en 2002, puis deviendra l'INPES, comme on le retrouve encore aujourd'hui.

1975, 1976-1980) conseillent effectivement la bascule du curatif au préventif entre 1970 et 1975, bascule fondamentale dans l'histoire des politiques vieillesse.

En France, nous avons vu que la demande sociale en faveur d'un minimum retraite a été résolue (première moitié du XX^{ème} siècle), puis face à l'évolution du contexte général, le gouvernement s'est orienté vers de réelles politiques vieillesse (à partir de 1961), ensuite tourmentées par des contraintes économiques ne permettant pas leur réalisation, la prévention est apparue comme moyen d'action efficace afin de répondre aux problèmes soulevés par le vieillissement de la population (à partir de 1972).

L'ONU (fondée en 1945 avec 193 États Membres actuellement) est la première organisation à prendre en compte la prévention du vieillissement, dès 1978²². Les priorités évoluent et les États souhaitent désormais prévenir le vieillissement afin qu'ils soient en mesure de faire face à ce phénomène car l'ONU (et en son sein l'OMS²³) détient un « *pouvoir de convocation* » doublé d'une « *portée symbolique* » (Viriot-Durandal & Moulaert, 2014) qui permet de rassembler des acteurs possédant une légitimité scientifique, politique, sociale et institutionnelle. Les portées concrètes de ses actions peuvent être faibles, elles n'en demeurent pas moins inévitables en ce qu'elles catalysent et insufflent en termes de référentiels légitimés pour répondre aux problèmes du vieillissement. Initiée sensiblement lors de la même période en France, la prévention formera alors un pilier fondamental pour la lutte contre le vieillissement jusqu'à nos jours.

²² L'OMS, entrée en vigueur le 07/04/1948, le fera à son tour en 1986.

²³ Les organes, fonds, programmes et institutions spécialisées des Nations Unies participent à l'Assemblée mondiale de la Santé – l'un des organes directeurs et le principal organe de décision de l'OMS – en qualité d'observateurs et peuvent présenter des déclarations.

b. 1980-1988 : Entre reconnaissance et bipolarité

i. 1980-1982 : La reconnaissance gouvernementale des personnes âgées

Le groupe de travail « Prospective Personnes Âgées »²⁴, présidé par Robert Lion²⁵, a remis un rapport (Lion, 1980) dont la volonté première est définir autrement les personnes âgées (Encart 5). Après un éloge fait au rapport Laroque vu comme l'écrit ayant inspiré « *tout ce qui s'est fait d'important au cours des décennies 1960 et 1970* » (Lion, 1980, p. 13) en faveur des retraités, les auteurs notent que des aspects essentiels relevés par Laroque sont restés dans l'oubli. En effet, nous avons vu que la politique vieillesse prônée par Laroque n'a pu être concrétisée faute de moyens suffisants, et de surcroît, faute d'intérêts suffisants portés à cette cause, d'autres étant jugées prioritaires (chômage, ralentissement de la croissance, etc.).

Le rapport Lion s'inscrit dans la pleine lignée du rapport Laroque, en ne le récusant en rien mais plutôt en l'élargissant²⁶. Les auteurs s'appuient également sur le rapport de l'Intergroupe Personnes Âgées²⁷, élaboré 10 ans auparavant (1970) qui avait lui-même ranimé les propositions de Laroque avec une vigueur et une efficacité qui ont suscité d'importantes actions concrètes au cours des VI^{ème} et VII^{ème} plans (1971-1975, 1976-1980).

Le groupe de travail défend le fait que la vieillesse ne commence pas lorsque la retraite arrive mais est l'objet d'un très long parcours mettant alors en exergue le fait qu'il n'existe pas « une vieillesse » mais « des vieillesse »²⁸. Ces affirmations soutiennent de manière conséquente l'idée

²⁴ C'est à l'occasion de la préparation du VIII^{ème} Plan (1981-1985) que le Commissariat Général du Plan a constitué ce groupe de prospective. Sa fonction a été d'éclairer le gouvernement sur l'évolution du vieillissement et sur ses conséquences à long terme.

²⁵ Ancien inspecteur des finances devenu délégué général de l'Union des HLM.

²⁶ Ainsi, il entrevoit par exemple le « maintien à domicile » prôné par Laroque, plutôt envisagé par le « soutien à domicile ».

²⁷ Rapport « d'entre deux », il reprend les grandes lignes du rapport Laroque et en dessine de nouvelles, reprise par la suite par le rapport Lion.

²⁸ Le groupe de travail ajoute qu'il existe bien « *des façons fondamentalement différentes de vivre sa vieillesse* » (Lion, 1980, p. 79), ainsi la diversité au sein d'une même catégorie est prônée, due aux diversités des parcours de vie.

de prévention par l'éducation à la santé tout au long de la vie qui a été portée par la France dès le début des années 1970. De plus, il s'attache à faire la distinction entre vieillissement biologique et vieillissement social : « à mesure que la mort physique était reculée, une sorte de mort sociale intervenant de plus en plus tôt » (Lion, 1980, p. 225).

Rapport Lion, Quatrième thème pour l'action à moyen terme « Une société qui prépare à la retraite et s'adapte au vieillissement » (Lion, 1980, p. 216, 217) :

Quatre domaines d'intervention sont proposés pour prévenir le vieillissement « prématuré » :

- Lutter contre la pauvreté
- Faire de la prévention médicale et sanitaire « au long de la vie entière » (qui passe par une bonne hygiène de vie, obtenue par la pratique d'un sport, la lutte contre le surmenage des écoliers-étudiants et l'alimentation)
- Aménager l'espace avec un projet social clair (« qui en général se fait en France sans projet social clair »)
- Aménager la vie professionnelle (rythmes de vie différents pour permettre le repos entre des phases d'efforts physiques pénibles dues au travail + transition avant la retraite couperet = retraite par étapes)

Encart 5 – Rapport Lion

Le rapport démontre une idée forte, toujours d'actualité, selon laquelle une véritable politique de la vieillesse ne doit finalement pas en être une. S'intéressant à la vie et à la société toute entière, elle mettrait la France sur la voie d'une bonne prise en compte du vieillissement de la population (Lion, 1980, p. 222). « Il n'y a pas de « problème » vieillesse, il y a un problème de rapports entre les personnes âgées et la société globale. » (Lion, 1980, p. 225). Ainsi, le rapport Lion met en exergue une idée très nouvelle qu'est la mise en rapport des personnes âgées et de la société dans laquelle elles évoluent. La prévention est bien évidemment présentée comme l'un des

domaines d'intervention proposé afin de faire face aux problèmes liés au vieillissement de la population française. Tout comme le rappel de la nécessité d'assurer une aide aux plus démunis, mais est aussi, et surtout, soulevé l'aménagement de l'espace et de la vie professionnelle. Nous sommes ici témoins de la construction d'un troisième âge synonyme de bonheur, d'action, de période de vie attendue. Le traitement de cette partie de la population vieillissante tourne alors peu à peu autour de la question d'un « bien vieillir », soubassement d'un confort physique, psychique et social. Ainsi, on ne s'intéresse plus uniquement aux ressources des personnes âgées mais aussi et surtout à leurs conditions d'existence et à leur position dans la société (Lion, 1980, p. 60) comme le préconisent les échelles supranationales (OMS, ONU). Ce modèle d'attention déportée, ou du moins à multiples visées, est porté par l'objectif d'offrir une qualité de vie aux personnes âgées, possible par l'autonomie et l'intégration sociale, sans occulter son rapport avec la transformation sociale de l'image de la vieillesse relevée précédemment. Pour la première fois, la société en général est appelée pour répondre au vieillissement prématuré de sa propre population. Pour penser ce rapport « personnes âgées/société », le 21 mai 1981 est créé le premier Secrétariat d'État aux personnes âgées, avec Joseph Franceschi à sa tête. Ce Secrétariat cristallise la prise en compte des personnes âgées par le gouvernement français.

Entre autres²⁹, le Comité National des Retraités et Personnes Âgées (CNRPA, qui va remplacer le Comité National de la Vieillesse en France mis en place en 1956) et les COmités Départementaux des Retraités et Personnes Âgées (CODERPA) sont créés (par le décret n° 82-697 du 4 août 1982) grâce à la circulaire Franceschi (1982)³⁰. Ces instances sont, en plus de la création d'un Secrétariat d'État dédié aux personnes âgées, un marqueur fort de la prise en compte de cette partie de la population par l'État. Appelé en 1980 par le rapport Lion (1980), elles permettent de mettre en relation, via la structure de concertation qu'elles cristallisent, les acteurs de la politique gérontologique et les organisations de retraités (Viriot-Durandal, 2014, p. 20). De surcroît, L'analyse de l'action publique, à la différence de la politique publique, permet de laisser une place aux acteurs non-gouvernementaux dans le champ de la construction du traitement de

²⁹ Création de 510 postes de coordinateurs de secteurs gérontologiques (permis par la circulaire de 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraites et personnes âgées) et d'instances locales de coordination (Argoud, 2012).

³⁰ Cette circulaire, stipule la mise en œuvre d'un plan de deux ans (1982-1983) pour inscrire la coordination au cœur de la politique vieillesse.

problèmes publics (Thoenig, 1998, p. 295). Ainsi le CNRPA (Encart 6) permet *a priori* de faire valoir une « *expertise profane* » (Viriot-Durandal & Moulaert, 2014, p. 6) face à l'expertise du gouvernement. Cette co-construction, également agrémentée des expertises scientifiques, permet une ouverture dans la construction des cadres d'analyse et de réponse sur les questions liées au vieillissement, (Béland & Viriot-Durandal, 2003 ; Viriot-Durandal, 2003). Cependant, leurs positions hiérarchiques (le CNRPA dépendant de l'État et le CODERPA du Conseil Départemental) entravent quelque peu la percée, la légitimité et la suprématie de l'expertise profane produite face à celle du gouvernement. En effet, le président d'une des commissions du CODERPA de Seine-et-Marne (77) souligne l'aspect « *force de proposition* » du Comité et non pas « *pouvoir de décision* ».

« Le CODERPA est là pour faire des propositions... Mais on n'a aucun droit ou autorité quelconque, aucun pouvoir décisionnel quelconque... On peut proposer, voilà. » (extrait d'entretien, Henri Lescat, Président de la commission « Bien préparer et Bien Vivre sa retraite » du CODERPA 77, 23/06/14).

Le CNRPA est une instance administrative consultative placée auprès du ministre chargé des Personnes Âgées. Présidé par le ministre, ce comité permet la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant (article D149-1) du code de l'action sociale et des familles. Le Coderpa, lui, est une instance consultative départementale. S'il comprend des retraités, siègent aussi des professionnels et des élus axés sur les personnes âgées.

Encart 6 - CNRPA

ii. 1983-2000 : La bipolarité des politiques publiques

En conséquence du lourd héritage des visions optimistes et pessimistes³¹ des siècles derniers (Bois, 1994), les politiques publiques s'écartèlent entre deux visions de la vieillesse : la dépendante et l'autonome. La vieillesse elle-même en devient divisée où la vieillesse consommation (synonyme d'argent, temps libre et bonne santé) vient narguer la vieillesse dépendance (soumise aux critères d'autonomie). Ainsi, cette période de l'histoire sera marquée par le passage de la suprématie de l'âge chronologique à celle de l'âge sociologique (Bois, 1994).

En 1983, sont organisées les Assises nationales des retraités et des personnes âgées permettant aux 12 commissions de proposer des orientations en vue de l'élaboration du IX^{ème} Plan (1984-1988). Les sujets de réflexions recouvrent trois grands thèmes : « *Le parcours des âges* », « *La vie dans la cité* », « *Autonomie et dépendance* ». Soutenus par Lion les parcours de vie nécessairement différents d'une personne à l'autre et le rapport personnes âgées/société (Lion, 1980) sont alors ici interrogés. De plus, la réflexion gravitant autour des termes d'autonomie et de dépendance fait écho au pilier fondamental de la prévention. Non encore présents au sein d'une politique publique nationale, ces différents thèmes sont néanmoins discutés. Cependant, la distinction entre « autonomie » et « dépendance » au sein des réflexions des Assises nationales, met en exergue la création du fossé entre retraités et personnes âgées. Cette différence faite au sein des personnes âgées entre deux catégories, les 60-75 ans, dénommés « retraités », et les 75 ans et plus, dénommés les « personnes âgées » ou « quatrième âge », va se traduire par une politique sociale pour les premiers, et une politique médico-sociale pour les seconds. L'une s'érigeant face à l'autre : une vieillesse souhaitée et l'autre craint. La stigmatisation, pourtant fortement rejetée par le groupe de travail Prospectives Personnes Âgées (Lion, 1980), ne sera que d'autant plus forte alors que tous voulaient dédramatiser le grand âge. La primauté du champ médical demeure sur la sphère de la politique de la « dépendance », où la vieillesse n'est entendue qu'en terme de pathologie sous l'unique angle du vieillissement biologique, comme c'était déjà le cas au XIX^{ème} et dans la première moitié du XX^{ème} siècle. Le rapport Lion (1980, p. 216) soutient lui aussi que l'acteur pivot de la prévention et du quatrième âge est l'hôpital en

³¹ Vieillesse pessimiste dans la première partie du XX^{ème} siècle et aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles/ vieillesse optimiste dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle et au XVIII^{ème} siècles.

revanche, il prend parti contre les cloisonnements institutionnels de l'organisation sanitaire et sociale (Lion, 1980, p. 172).

Le troisième âge est heureux et représenté par les retraités alors que le quatrième âge est malheureux et porté par les personnes âgées dépendantes (Caradec, 2001, p. 28)³². En créant une nouvelle typologie au sein même de l'âge de la vieillesse, on a simplement déplacé de 10 ans la frontière des représentations négatives que porte la société en général sur ces aînés. Se déplaçant de plus en plus vers la dépendance que l'autonomie, la vision bipolaire portée par le gouvernement sur les personnes âgées va considérablement s'accroître en 1988. En effet, les personnes âgées et handicapées sont représentées au sein d'un même secrétariat d'État. S'en suivent alors des rapports et lois traitant exclusivement des personnes âgées dépendantes, des établissements les recevant et de leur placement en institution³³. En conséquence, la peur engendrée par le poids que fait peser le vieillissement pathologique et démographique sur les sociétés, est réellement présente au sein d'écrits gouvernementaux (Carpin, 1999 ; Garibal, 1990 ; Malabouche, 1987).

Les années 1990 et 2000, font osciller la France, aux côtés de l'Europe³⁴, entre deux tendances. La première est de répondre au problème de la dépendance alors que la seconde tendance soulève la nécessité de prise en considération des personnes âgées (qu'elles soient dépendantes ou non) au sein de la société. Génératrice de décennies volontaristes et humanistes, la troisième phase est alors liée à l'allongement de la durée de vie et ses conséquences, notamment pensées en termes

³² Le terme de « personnes âgées dépendantes » est utilisé pour la première fois en 1979 au sein de la publication du rapport du sénateur Maurice Arreckx : « L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes ». Celle-ci officialise alors la désignation de cette nouvelle catégorie.

³³ 1988 : Secrétariat d'État chargé des personnes âgées et handicapées, « les personnes âgées dépendantes » Rapport de Théo Braun et Michel Stourm. 1989 : « Groupe de travail sur les personnes âgées dépendantes » IGAS Rapport de Geneviève Laroque. 1990 : loi relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, Rapport du groupe de travail administratif sur « l'hébergement des personnes âgées dépendantes » de Michel Duraffourg et Stéphane Paul de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

³⁴ La tradition française de s'inscrire pleinement au sein des actions, recommandations et volontés européennes et mondiales s'est cristallisée en 1981 lorsque celle-ci a fait partie des 22 États Membres de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour constituer le Comité Consultatif pour l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement de 1982.

de dépendance (Ennuyer, 1998). La dépendance organise les politiques de prévention du vieillissement depuis les années 1990, par la mise en place, par exemple, d'allocations spécifiques, d'assurances privées, de services privés et institutionnels basés sur le « risque de dépendance »³⁵. Le risque dépendance suscite des années d'indécisions, de volontés, d'actions symboliques et de rejets. Rappelons que l'ineffectivité (Lascoumes & Le Galès, 2012, p. 29) de certaines politiques publiques peut faire appel à la dimension symbolique. Les politiques publiques sont alors porteuses d'une dimension symbolique en ce qu'elles prouvent que le gouvernement se sent concerné par la cause vieillesse dépendante, qu'il produit des décisions concrètes pour agir sur celle-ci, le tout dans « *une logique d'affichage politique* » (Hassenteufel, 2008, p. 12). La dimension symbolique que revêt la « *prise en main* » de cette cause sociale par le gouvernement est un effet « *inattendu* » ou « *inavoué* » (Lascoumes & Le Galès, 2012, p. 39). Ces effets sont parfois même les plus importants, comprenant les effets d'annonce et leur portée symbolique qui permettent aux gouvernants de démontrer leur sensibilité aux questions de la dépendance et leur capacité d'action sur celles-ci. Dans ce cas précis « dire, c'est faire ». Plusieurs personnages politiques se succèdent et proposent des allocations diverses (Encart 7) pour couvrir ce risque dépendance (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne, PED, etc.) sans que de réelles solutions effectives ne soient trouvées.

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP, instituée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975) sera décriée par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales et les Conseils Généraux, et dénoncée en 1990 par le rapport Schopflin. Deux ans plus tard, est alors évoqué par le gouvernement la transformation de l'ACTP en une allocation « autonomie et dépendance ». Cette allocation de 1992 est fortement rejetée par les Conseils Généraux. Ainsi, en avril 1993, Roselyne Bachelot et Jean-Yves Chamard présentent une proposition de loi en vue d'instituer une « allocation dépendance ». Mais en mai 1993, le sénateur Jean-Pierre Fourcade dépose une autre proposition de loi qui envisage une allocation

³⁵ En 1988, les fédérations nationales des prestataires de services aux personnes âgées, les associations de personnes âgées et les syndicats de retraités organisent une conférence de presse pour réclamer la création « d'un risque dépendance ».

réservée aux seules personnes âgées. Puis, les années 1994-1995 seront marquées par le rejet du 5^{ème} risque porté par Simone Veil, la création d'une Prestation Expérimentale Dépendance (PED) et le report d'une « prestation autonomie ». Alors qu'à la même époque, l'Allemagne fait le choix de créer une nouvelle branche de la sécurité sociale dédiée à la perte d'autonomie.

Encart 7 – Historique allocations autonomie

Le dossier du risque dépendance « ressort » alors sous la pression des Conseils Généraux et du Sénat, pour prendre forme avec la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées le 24 janvier 1997. Celle-ci sera transformée en Allocation Personnalisée Autonomie (APA), par la loi du 20 juillet 2001, suite à l'échec de la PSD mis au grand jour par le « *Livre noir de la PSD* »³⁶.

Parallèlement, l'idée de prise en considération des personnes âgées par le gouvernement et la société, sous-entendue en 1980 (Lion, 1980) et impulsée en 1981 et 1982³⁷, a fait son chemin. La prise en compte prend dorénavant le dessus sur la prise en charge au sein des politiques publiques. Certes, la dépendance est une réalité pour certaines personnes âgées, mais il n'y a pas que la dépendance dans la vieillesse dépendante et surtout, il n'y a pas que des personnes âgées dépendantes, il y a de nombreuses personnes autonomes. En 1991, l'ONU édicte les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées. Après avoir souligné la contribution que les personnes âgées apportent à leurs sociétés respectives, ce texte propose à la communauté internationale de faire de la situation des personnes âgées une des priorités des politiques nationales. En France, cette prise en compte s'est initiée plus tôt comme nous l'avons vu. Elle se traduira à cette époque par la volonté de déconstruire l'équation « vieillesse = dépendance ». Initié sous l'égide du ministère de la culture, le Mouvement de la Flamboyance (Gucher, 1998), créé en 1989, réuni autour de Jack Lang alors ministre de la Culture, a la volonté de modifier les représentations

³⁶ Cosigné par 20 associations et impulsé par Maurice Bonnet vice-président du CNRPA, il présente un état des lieux doublé d'une analyse de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Il permet la mise au jour des dysfonctionnements des dispositifs installés par la loi du 24 janvier 1997 (égalité de traitement et moyens financiers équivalents non garantis).

³⁷ Secrétariat d'État aux Personnes Âgées (1981), CNRPA et CODERPA (1982).

péjoratives qui pèsent sur la vieillesse. Cet objectif se cristallise le 23 octobre 1990 autour d'une « *journée de la Flamboyance* », où est proposé aux personnes âgées et aux associations concernées de revendiquer haut, fort et « *avec couleur* » qu'ils peuvent apporter à la société. Le pari est alors de montrer qu'à l'âge de la retraite, les personnes âgées ont un capital d'expérience non négligeable, et qu'elles sont en situation d'offrir à la société, aux plus jeunes, comme aux plus âgés. Il ne s'agit plus seulement d'étudier le rapport entre les personnes âgées et la société dans laquelle ils évoluent ou encore de leur reconnaître une existence légitime au sein de la nation (comme cela était le cas au début des années 1980), il s'agit maintenant de faire accepter leur utilité sociale et économique. Cependant, cette volonté ne trouvera pas de fort écho en France : en 1993 ce mouvement perdra effectivement ses subventions (Allagnat, 1996).

La volonté européenne de faire de la situation des personnes âgées une des priorités des politiques nationales sera enrichie, précisée, en 1993 avec l'« *année européenne des personnes âgées et des solidarités entre les générations* ». La France veut s'inscrire pleinement au sein de cette année européenne, ainsi Georges Mouly (sénateur et vice président de la commission des affaires sociales) appelle l'attention du secrétaire d'État à la Famille, aux Personnes Âgées et aux Rapatriés sur l'opportunité de faire connaître le plus tôt possible et à tous ce que peut offrir cette démarche européenne. Il insiste sur l'intérêt d'une telle initiative qui mêle tant les élus politiques que les responsables d'associations, car ils aimeraient sans doute bien que « *les manifestations prévues soient plus que symboliques* ». Ainsi, la France a souhaité participer activement à ce programme dont les objectifs sont de mettre en valeur le rôle des retraités au sein de la société et favoriser la prévention et l'accompagnement du vieillissement³⁸. Le Mouvement de la Flamboyance voit alors ses idées reprises par le gouvernement français. Dès 1991, suite à la proclamation, le 26 novembre 1990, du Conseil des Communautés Européennes, la France met en place un comité de pilotage, initiative qui, depuis, a été reprise par d'autres pays. Composé de représentants du secrétariat d'État chargé des personnes âgées, du CNRPA et de la Fondation de France, le comité est chargé d'organiser l'année européenne à l'échelon national. Pour cela, le gouvernement français souhaite que sur l'ensemble du territoire français et à l'initiative des

³⁸ « Pour notre pays, l'année européenne des personnes âgées sera l'occasion de donner encore plus d'ampleur au mouvement de solidarité entre les générations. », Réponse du ministère à Monsieur Mouly, publiée au Journal Officiel Sénat du 04/02/1993, p. 186.

collectivités locales, des associations, des établissements scolaires, des différents partenaires et acteurs sociaux, de multiples rencontres inter-âges s'organisent.

En 1995, l'intérêt porté aux personnes âgées par les différents États ne sera plus centré sur la solidarité entre les générations, impulsée en 1993. En effet, le Sommet Mondial pour le Développement adopte la déclaration de Copenhague sur le développement social et son programme d'action d'où ressort l'idée d'une « *société pour tous* » (Nations Unies, 1995, p. 68), déjà défendue au sein du Plan de Vienne (Encart 8) de 1982 (Nations Unies, 1982).

Le véritable débat sur les conséquences économiques et sociales du phénomène du vieillissement de la population ne s'est vraiment ouvert au sein de l'ONU que dans les années 1970. Marqueur de ce débat, en 1978, l'Assemblée générale a décidé (résolution 33/52) d'organiser une première Assemblée mondiale du troisième âge chargée de formuler un programme international d'action sur le vieillissement pour répondre aux besoins et aux aspirations des personnes âgées et analyser les liens entre le vieillissement de la population et le développement économique. Le programme édité est le Plan de Vienne, en 1982. Approuvé par les 124 pays qui participaient à cette première assemblée, il a défini trois orientations prioritaires. Tout d'abord, la durabilité du développement dans un monde vieillissant, la promotion de la santé et du bien-être jusque dans le troisième âge et enfin, la création d'environnements porteurs et favorables pour tous les groupes d'âge. Il comporte 62 propositions concrètes, portant sur des thèmes divers comme la santé et la nutrition, la protection des consommateurs âgés, le logement et l'environnement, la famille, la protection sociale, le revenu et l'emploi, sans oublier la recherche, la collecte et l'analyse des données et enfin, l'éducation et la formation.

Encart 8 – Le Plan de Vienne

La déclaration de Copenhague a pour but, via l'intégration de tous, de former une véritable société d'actifs où chaque individu, quel que soit son âge, y trouve sa place.

« Le but de l'intégration sociale est d'instaurer une société pour tous, où chaque individu, avec ses droits et ses responsabilités, a un rôle actif à jouer. » (Nations Unies, 1995).

Le terme « actif » est employé clairement mais non vu uniquement par le maintien en emploi des citoyens. De plus, étant une société « pour tous », il est aussi demandé aux personnes âgées de rester actives. En effet, une nouvelle direction est prise : les âgés doivent devenir actifs ou bien le rester une fois la retraite arrivée. Fils de ces idées, le « *vieillissement actif* » (Viriot-Durandal & Moulaert, 2014) sera la continuité de cette évolution.

Initiée dès 1982 via le Plan de Vienne, la solidarité entre générations prend un tournant considérable, avec l'adoption de la déclaration de Copenhague, étant érigée et défendue aux plus hautes sphères. De plus, la notion d'activité fait son apparition. Ces évolutions du cadre politique et étatique permettent de redéfinir la place qu'occupent la vieillesse et les personnes âgées au sein de la société. L'année 1999 est effectivement proclamée au niveau international « *Année internationale des personnes âgées : Une société pour tous les âges.* ». On parle désormais de société pour tous les âges. En ajoutant la dimension de l'âge au concept de « société pour tous » (initiée en 1995 avec la déclaration de Copenhague), les États membres ont voulu souligner la nature transgénérationnelle de cette approche. On commence à déconstruire la notion précédente, pour que soient inclus tous les âges de la vie au concept de société pour tous. Ce thème a, par la suite, été retenu par plusieurs pays et organisations. Il permet de procéder à une vaste étude de la situation des personnes âgées tout en proposant un idéal fondé sur une société ouverte à toutes les générations.

« On peut donc concevoir une société pour tous comme étant celle qui adapte ses structures et son fonctionnement, ainsi que ses politiques et ses plans, aux besoins et aux capacités de tous, permettant ainsi l'épanouissement de chacun au bénéfice de tous. Une société pour tous permettrait d'autre part aux générations de s'entraider en s'inspirant du double principe de la réciprocité et de l'équité » (Nations Unies, 1999).

Pour conclure, avant 1961, la politique publique d'action sociale envers la vieillesse se résume à l'assistance portée aux pauvres. À partir des travaux de la Commission Laroque (1961), cristallisant alors le rôle de médiateur (Hassenteufel, 2008, p. 198), mais aussi de « *reconfigureur* » (Chateauraynaud, 2011, p. 139) ou encore de « *lanceur d'alerte* » (Hassenteufel, 2008), la France assiste à une mutation de la perception de la vieillesse (Henrard, 2004) : les vieillards placés en hospices doivent devenir des personnes âgées autonomes intégrées à la société. Se dessine une nouvelle politique, propre à la vieillesse, grâce à l'inscription sur l'agenda politique du problème du vieillissement de la population. Ainsi, cette nouvelle politique vieillesse cristallise une « *reconfiguration* » (Chateauraynaud, 2011, p. 139). Rappelons qu'un problème en devient effectivement un lorsque les acteurs sociaux jugent l'existence d'une différence entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait pour la cause vieillesse (Padioleau, 1982, p. 25). En réponse à cela, dès les années 1960, des initiatives au niveau locales voient le jour (Henrard, 2004) et les premiers programmes nationaux de mise en œuvre effective sont lancés (programme finalisé du VI^{ème} Plan³⁹ (1970-1974) et programme d'action prioritaire du VII^{ème} Plan⁴⁰ (1975-1980). Cependant, les deux programmes souffrent d'une mise en œuvre faible et le rapport Lion constate l'absence de traduction des priorités préalablement établies. Le début des années 1980 permet une « *parenthèse gérontologique* » (Henrard, 2004) avec la création d'un secrétariat d'État spécifique permettant la définition et la mise en place effective d'une politique locale gérontologique⁴¹. Puis, la dépendance obnubile les politiques entre 1980 et 2000. Un tunnel d'une vingtaine d'année pour tenter de répondre aux problèmes liés aux situations de dépendance des aînés.

Pour résumer cette partie historique, nous nous servons de l'analyse de 2014 de Guillemard. Les interventions de l'État sur les rapports entre vieillesse et société se sont développées autour de trois axes :

- la vieillesse comme droit social à la retraite ;
- la vieillesse comme mode de vie spécifique ;
- le niveau et mode de participation du groupe âgé à la production.

³⁹ Éviter l'entrée en institution en œuvrant en faveur des services d'aide à domicile.

⁴⁰ Favoriser les services d'aide à domicile, la participation des personnes âgées et l'amélioration de leurs habitats.

⁴¹ Schéma gérontologique départemental, CNRPA, CODERPA, développement des services d'aide à domicile, etc.

Cette partie est importante pour notre sujet basé sur les APS car elle permet de situer et de comprendre la place qu'elles occupent aujourd'hui aussi des politiques du vieillissement. Les questions posées autour de la veillesse de la population, puis leurs définitions en problèmes ont été multiples car elles ont muté au fil du temps, évoluant au même rythme que la société française. Par exemple, au départ l'existence de situation de pauvreté chez les âgés a été relevée, celle-ci a muté en problème social, puis a été inscrite à l'agenda politique pour le résoudre. La première réponse a donc traité de l'assistance aux plus démunis. Puis la question de l'assistance a été dépassée pour aboutir sur les questions d'éducation de la population, devenant des problèmes, eux-mêmes inscrits à l'agenda politique, etc. C'est en ce sens que le concept même de vieillesse a muté au fil du temps. Passant de simple question à un problème public, plusieurs inscriptions à l'agenda ont donc été entreprises apportant des réponses en adéquation avec la factualité du problème défini et de ses solutions envisagées.

La construction des politiques de prévention du vieillissement en santé en France : soupe primitive et ouverture d'une fenêtre d'opportunité

Au sein de ce chapitre, nous allons mettre au jour l'émergence, la mise sur l'agenda politique (Cobb et Elber, 1983) et l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité (Kingdon & Thurber, 1984) de la politique de prévention du vieillissement. Ces phénomènes servant la construction d'une toute nouvelle politique publique française. Pour cela, l'approche par les « *courants* » de Kingdon (2010) sera utilisée, comme l'a fait Bossy (2010) pour traiter des politiques de lutte contre l'obésité. Cette approche Kingdonienne permettra d'appréhender les facteurs responsables de la mise en œuvre de l'action publique face à la problématique du vieillissement de la population. Ainsi, selon Kingdon, trois conditions doivent être réunies pour que l'action publique soit engagée.

Il faut tout d'abord qu'un problème émerge aux yeux des décideurs politiques, fruit de plusieurs signes avant coureurs. Cette apparition dans le champ de vision peut être brutale ou bien résulter d'une montée progressive en puissance.

Une fois le problème identifié et défini, celui-ci doit pouvoir être résolu : c'est la seconde condition de Kingdon. L'existence de solutions susceptibles de répondre au problème se cristallise au sein d'une « *soupe primitive* ». Le courant des politiques publiques s'appuie sur l'idée de cette soupe, dans laquelle sont mélangés les ingrédients de l'action publique permettant de répondre au problème. Elle est donc inévitablement postérieure à l'émergence du problème public mais reste à « mijoter » suivant une durée variable. Le caractère antérieur que revêt la soupe primitive ne met pas en évidence le fait que chaque texte scientifique, administratif ou encore politique est basé sur le précédent. En effet, il dépend bien plus de l'existence des lois passées (Elias & Hoffmann, 2003, p. 230), des avancées scientifiques précédentes et donc de bribes de solutions envisagées. C'est en ce sens qu'elle est dépendante de ce qui a été auparavant relevé, porté et sélectionné.

Puis, la soupe primitive nourrit véritablement les réflexions jusqu'à ce que survienne la troisième condition : l'action du politique. Les ingrédients révèlent alors une solution, qui se veut prise en charge par les acteurs du monde politique. Ainsi, s'ouvre une « fenêtre d'opportunité » qui permettra la concrétisation de l'action publique.

a. La mise sur agenda politique du problème du vieillissement (rappel)

Durant son mandat, le gouvernement traite successivement les problèmes publics par ordre de priorité. C'est le fondement même de la notion de mise sur l'agenda. Différents travaux ont montré que le moment du politique est déclenché par des stimuli divers (Evrard, Matagne, 2009) et nous avons identifié à l'aide du chapitre précédent ceux qui mobilisent l'action publique orientée vers les politiques de la vieillesse. Pour rappel, le passage de la question au problème du vieillissement se construit progressivement tout au long de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. L'émergence du problème vieillesse sera plutôt progressive jusque dans les années 1960-1970 puis bien plus brutale avec l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération du papy-boom où la dépendance a marqué les esprits jusque dans les années 2000, dès lors l'inscription du vieillissement de la population sera faite au sein de l'agenda politique français. Celle-ci permet par la suite la construction d'une soupe primitive.

b. Les ingrédients phares de la soupe primitive nourrissant l'action politique

L'émergence progressive puis brutale du problème du vieillissement de la population française, et son inscription à l'agenda politique, a permis l'apparition progressive d'un certain nombre de solutions, venant de champs d'actions aussi divers que reconnus. Celles-ci ont permis de nourrir la soupe primitive, permettant par la suite d'ouvrir une fenêtre d'opportunité. C'est alors que différentes politiques publiques ont été pensées pour répondre aux problèmes du vieillissement (Gucher, 1998), constituant entre autres la « *soupe primitive* » (Kingdon & Thurber, 1984), dans laquelle l'acteur politique peut puiser des solutions aux problèmes qui se posent. En revanche, d'autres ingrédients non législatifs ont considérablement teintés cette soupe.

i. L'éducation de la population vieillissante au service de la prévention : l'INPES

L'émergence au fil du temps de la prévention entendue comme étant un élément important pour un vieillissement en santé est engagée en France depuis 1972, avec la création du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES). Elle s'étendra avec l'édition de différents guides pratiques à destination de la population cible. Le CFES, créé par le gouvernement afin de concrétiser la volonté d'éducation du peuple à la santé, deviendra l'INPES en 2002. Ainsi, la bascule du curatif au préventif, initiée entre 1970 et 1975 avec l'infléchissement du tout hospitalier au profit de la prévention, prend de l'envergure à partir des années 2000. En effet, en parfaite continuité et tributaire des principes évoqués précédemment aux niveaux mondial et européen, l'INPES, acteur pivot de la prévention et de l'éducation à la santé de la population française, propose un référentiel de bonnes pratiques « Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile » (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2005) où la priorité est identifiée comme étant d'apprendre aux personnes âgées à repérer des habitudes quotidiennes vertueuses, qui leur permettront de ne pas chuter, ou du moins de limiter le risque de chute, pour reculer, voire annuler l'hypothétique dépendance qui pourrait poindre des années plus tard. L'année suivante, le guide « *Manger, bouger... et vivre en forme ! Des guides pour les personnes âgées* » (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2006) voit le jour. L'intérêt est ici de promouvoir, entre autres⁴², une bonne alimentation et la pratique d'activités physiques à partir de 55 ans. Le cœur de cible, les ressortissants (Lascoumes & Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103), sont les personnes de 50 ans à 70 ans (alors que le Programme Bien Vieillir ne concernait que les 50-65 ans). Ici, la nécessité de toucher les gens avant que le déclin ne commence à s'installer est forte. Leur cheval de bataille est d'informer, former et sensibiliser le plus tôt possible la population pour que les habitudes permettant la prévention du vieillissement deviennent une hygiène de vie, une nouvelle façon de vivre. Ce n'est plus de la prévention à proprement parlé, cela devient une prévention de prévention où les habitudes de vie et les comportements sont visés. Il s'agit de prévenir le « risque » d'incident, le « risque » de vieillissement non conforme à un bien vieillir. C'est bien en agissant en amont que l'on peut entrevoir la concrétisation de « *prophéties déréalisatrices* » (Chateauraynaud, 2013),

⁴² Donner des conseils aux aidants, offrir le livret accompagnement pour les professionnels de la santé au plus grand nombre et faire une campagne de communication pour soutenir la diffusion des guides.

c'est-à-dire de mettre en scène un avenir qu'il faut conjurer. Cette prophétie déréalisatrice est envisagée grâce à la pratique d'une APS, alors il devient indispensable de la rendre possible (la pratique physique et sportive) grâce l'éducation à la santé souhaitée par le gouvernement et concrétisée par l'INPES. Les politiques préventives contiennent en leur sein la nécessité d'anticipation du futur reposant sur des scénarisations de celui-ci (Collinet, Schut, Pierre, & Caluzio, 2014, p. 3). Les deux premiers ingrédients présents dans notre soupe primitive des politiques vieillesse actuelles sont donc l'éducation et la prévention, que l'INPES modélise par ses diverses actions (guides, campagnes, etc.).

ii. La nécessaire coordination dans les politiques de prévention du vieillissement : le Comité Avancée en Âge

Le deuxième ingrédient essentiel est la résultante d'une idée murie depuis plusieurs décennies, dès le Rapport Laroque de 1961 la notion de coordination avait été mise en avant. De plus, elle a été murie par la majorité des acteurs investissant le champ de la prévention du vieillissement (OMS, INPES, etc.).

Le PNBV de 2007 a été porté par le ministère de la Santé et le ministère de la Jeunesse des Sports et de la Vie Associative. La démarche devient interministérielle comme la prévention du vieillissement le demande. En effet, le vieillissement et sa prévention font intervenir de multiples acteurs, donc de nombreux champs d'activités et d'actions. La prise en compte de la nécessité d'une coordination des différents acteurs sera alors concrétisée par la création du Comité National de Coordination et de Prévention de la perte d'Autonomie (Encart 9).

Le Comité National de Coordination et de Prévention de la perte d'Autonomie, lancé le 19 avril 2012 par la ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Roselyne Bachelot-Narquin, s'engage à veiller à une cohérence des actions de prévention conduites, porte à la connaissance de ses partenaires⁴³ les initiatives engagées, rapporte les enseignements des expériences menées et décline sur le terrain les priorités partagées par ses membres. Le cœur de cible est la personne âgée fragile dont le but sera de prévenir ou de retarder la perte d'autonomie. La création de ce Comité est une réponse claire suite aux enseignements du PNBV et à son évaluation faite par le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) mais aussi aux conclusions des travaux⁴⁴ conduits sur la prévention de la dépendance (Aquino, 2008).

Encart 9 – Comité National de Coordination et de Prévention de la perte d'Autonomie

Aquino nous révèle qu'en 2012 le gouvernement était prit par les mouvements non sans conséquence des élections présidentielles, ainsi après la remise d'un instrument d'expertise (un PNBV n°2 avait été demandé à Aquino afin de poursuivre le PNBV de 2007, tout en adaptant les mesures au contexte de l'époque) la coordination des acteurs des politiques publiques de la prévention de la perte d'autonomie fût la seule et unique orientation retenue. Cependant, pris par d'autres feux, les priorités (Collinet, Schut, Pierre, & Caluzio, 2014, p. 4) étatiques se sont drastiquement affinées. Soumis aux aléas des élections présidentielles, ledit Comité de Coordination n'a pu se réunir qu'une seule fois, les acteurs ayant changé suite aux élections présidentielles. Pouvant représenter une fenêtre d'opportunité qui se ferme en 2012, elle reste néanmoins l'un des ingrédients de la soupe primitive de la politique de prévention du vieillissement contemporaine. Car malgré cela, le Comité ne sera pas dissout, au contraire il sera

⁴³ Il est composé de représentants des ministères concernés, des collectivités territoriales, des agences et établissements publics concernés, des caisses de sécurité sociale, des organismes de protection sociale, des Agences Régionales de Santé, des fédérations du secteur de l'aide à domicile et de la prise en charge en établissement, d'organismes consultatifs, des professionnels de santé et des usagers.

⁴⁴ Pour résumer, la prévention se doit d'être globale (approche écologique prônée par l'INPES) et prendre en compte les aspects médicaux, psychologiques, familiaux, sociaux et environnementaux, notamment l'habitat. La démarche doit être intersectorielle et transversale, mobilisant des compétences différentes relevant de concertation interministérielle.

ravivé comme en atteste sa reconduction sous le nom de Comité Avancée en Âge. L'anticipation est la notion principale retenue, déclarée possible via deux canaux : la préservation de l'autonomie et la prévention de la perte d'autonomie.

Fruit du PNBV de 2007, la coordination représentée par le Comité fait référence au deuxième ingrédient pioché par les acteurs politiques actuels pour l'élaboration d'une nouvelle politique publique, traitant du problème du vieillissement de la population.

iii. Les seniors autonomes, le nouveau public cible : changement de regard de l'action publique

En France, les personnes âgées dépendantes ne sont plus les seules ressortissantes (Lascoumes & Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) des actions publiques sociales. Les personnes pour qui « tout va bien », les personnes « autonomes » (pour reprendre la dénomination du Comité ci-dessus), sont la nouvelle cible pour que cet état de santé physique et mental perdure le plus longtemps possible⁴⁵. Il est alors important qu'elles puissent disposer d'une information précise et de conseils pratiques sur un ensemble de problématiques inhérentes au vieillissement⁴⁶. Les objectifs du gouvernement sont de favoriser des comportements favorables à la santé. Mais les ressortissants (Lascoumes & Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) clefs des actions publiques ne sont pas encore bien définis, ou du moins, les publics prioritaires se chevauchent, voire diffèrent comme en atteste le Plan Solidarité Grand âge (ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, 2007a) qui démontrait que le cœur de cible des politiques de prévention du vieillissement devrait être les 75 ans et plus car ce sont les personnes les plus fragiles et les moins enclines à être informées, formées et sensibilisées aux bienfaits de l'activité quelle qu'elle soit. En effet, le Programme Bien Vieillir (2003) ou encore le PNBV (2007) ne s'adressent respectivement qu'aux 50-65 ans et 50-70 ans. Le grand âge est alors exclu des mesures politiques, bien que l'unique plan concernant le grand âge ne tient quasiment pas compte des activités en général, et du vieillissement actif en particulier.

⁴⁵ Ce changement de paradigme se cristallisera de manière bien plus forte en 2013-2014 au sein des politiques publiques en faveur des personnes âgées.

⁴⁶ Nutrition, activité physique, sommeil, moral, prise de médicaments, etc.

Ainsi, le quatrième ingrédient de la soupe primitive de la politique actuelle de prévention du vieillissement est la prise en compte des seniors autonomes au sein de l'action publique, non pas au détriment des seniors en situation de dépendance mais bien en complémentarité.

iv. Le vieillissement actif puis le vieillissement en bonne santé : notions centrales européennes

Nous avons vu avec les écrits précédents que le gouvernement intègre d'autres dimensions que l'unique santé fonctionnelle et physique, ainsi la « qualité de vie » en général s'est imposée comme objectif à part entière. D'abord entendue par la solidarité entre génération (nom de l'Année Européenne de 1993) puis par une société pour tous où tous les citoyens ont un rôle actif à jouer (Déclaration de Copenhague de 1995) et enfin par une société pour tous les âges (nom de la Journée Internationale de 1999). Les pays de l'OCDE⁴⁷ confrontés à une nouvelle réalité sociale, celle de l'augmentation croissante du nombre de personnes âgées, mais aussi face aux actions de réponses gouvernementales aux questions de la dépendance et aux budgets non extensibles à souhaits, mettent en place des programmes dont l'objectif est de promouvoir un vieillissement actif et sain (Encart 10).

⁴⁷ La promotion des politiques qui amélioreront le bien-être économique et social partout dans le monde est assurée par l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Celle-ci a été créée le 16 avril 1948 (initialement sous le signe d'OECE jusqu'en 1961) et compte 34 pays membres. 6 grands thèmes d'études sont représentés : Économie, Société (migrations, éducation, emploi, etc.), Gouvernance (gestion publique, lutte contre la corruption, etc.), Finances publiques (retraites, fiscalité, etc.), Innovation et Durabilité.

D'abord appréhendé dans une approche productiviste, le concept de vieillissement actif a par la suite évolué englobant bien plus de composantes dans sa réalisation.

Les premières apparitions de « vieillissement actif » sont identifiées dès 1977 en Allemagne dans le *Zeitschrift Für Altersforschung* (Revue de recherche sur le vieillissement (Gulbin, Haschke, Kalbe, & Schmidt, 1977)). Publié en Inde en 1993, par l'*Indian Journal of Social Work*, le vieillissement actif sera traité au sein d'un article qui marquera la véritable naissance du vieillissement actif comme « notion » (Dsouza, 1993).

Mais c'est Alan Walker (l'un des fondateurs de la *critical gerontology* au début des années 1980 en Angleterre avec, notamment, Chris Phillipson) qui est considéré comme l'un des initiateurs du vieillissement actif en Europe, notion qu'il présente d'abord devant la Commission Européenne en 1999 (Walker, 1999 ; Walker & Naegele, 1999) puis qu'il théorise et diffuse plus largement en 2002 (Walker, 2002), 2009 (Walker & Lowenstein, 2009) et 2012 (Walker & Maltby, 2012).

Le concept de vieillissement actif pose clairement la question de la productivité des seniors (Moulaert, Léonard, et al., 2012). Fruit des années 1960, il a effectivement d'abord été entendu comme maintien en emploi des aînés, prolongation de la vie active et viabilité des systèmes de pension (Kaeser & Roch, 2013, p. 8), la préservation de son capital santé devient un réel enjeu social. Au départ « notion-outil » le vieillissement actif se transformera en référentiel d'actions des politiques publiques internationales (Moulaert & Viriot-Durandal, 2013 ; Viriot-Durandal & Moulaert, 2014). Le concept du vieillissement actif évoluera pour prendre en compte l'intégralité des composantes y prenant part (entretien du lien social, activités physiques, maintien en emploi, etc.).

Encart 10 – Le concept de vieillissement actif

L'idée de rester ou d'être actif vient de la déclaration de Copenhague, non spécifique aux personnes âgées. Attaché à la notion d'âge, le vieillissement doit devenir actif. Ces orientations pour un bien vieillir, et les nouvelles pratiques pour y parvenir, prennent d'abord forme au sein du rapport⁴⁸ de la deuxième Assemblée Mondiale sur le Vieillissement à Madrid en 2002 (Plan international d'action pour le vieillissement, 2002). Le concept de vieillissement actif, porté par le niveau international, pèse un peu plus dans la balance des solutions pour un vieillissement en santé avec le programme de l'OMS « *Active Ageing, Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2002). Ce programme est une contribution à la Deuxième Assemblée Mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement. Il s'agit d'un rassemblement des observations et recommandations formulées en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé (Encart 11).

⁴⁸ Le plan, adopté lors de cette seconde Assemblée, s'inscrit dans la continuité du Plan de Vienne (1982) et des Principes des Nations Unies pour les personnes âgées (1991).

Le vieillissement actif et le vieillissement en bonne santé

Jean-Pierre Aquino nous livre un point sur les définitions de vieillissement actif et en bonne santé :

- « *« Le vieillissement actif » (OMS - 2002) est défini comme « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie ;*
- « *Le vieillissement en santé » (programme européen « Healthy Aging ») vise à établir des recommandations en matière de promotion de la santé et de prévention en direction des personnes âgées. Il est défini comme « le processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie ». », (Aquino, 2013a, p. 47).*

Définition du vieillissement actif par l'OMS

« Ainsi le terme « actif » désigne-t-il une implication constante dans les activités économiques, sociales, spirituelles, culturelles et citoyennes, et non pas uniquement l'aptitude à la seule activité physique et ou à l'emploi. C'est ainsi que les personnes âgées qui prennent leur retraite ou celles qui sont malades ou physiquement handicapées peuvent continuer à apporter une contribution à leur famille, à leurs contemporains, à leur communauté et à leur pays. À terme, le vieillissement actif permet à toutes les personnes âgées, y compris celles qui sont fragiles, handicapées et qui ont besoin de soins, d'allonger leur espérance de vie en bonne santé et d'améliorer leur qualité de vie », (Organisation Mondiale de la Santé, 2002, p. 12).

Encart 11 – Le vieillissement actif et le vieillissement en bonne santé

Afin de répondre à l'orientation « *promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées* »⁴⁹, soulevée par la seconde Assemblée Mondiale sur le Vieillessement, le vieillissement actif est promu. Entendu comme réponse, ce vieillissement typé devient alors incontournable, au sein duquel la notion de responsabilisation du public est importante.

« À tous les stades de l'existence adopter un mode de vie favorable à la santé et participer activement à sa propre prise en charge. L'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé. Au contraire, avoir une activité physique adéquate, manger sainement, ne pas fumer, user de l'alcool et des médicaments avec modération, peuvent éviter la maladie et le déclin fonctionnel, accroître la longévité et améliorer la qualité de la vie. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2002, p. 22).

Ce document inscrit noir sur blanc le concept de vieillissement actif, jusque-là absent des différentes politiques publiques traitant de la vieillesse, ou du moins non formulé en ces termes. De plus, ce vieillissement typique concerne l'ensemble de la population âgée, peu importe que les personnes soient autonomes, fragiles, dépendantes, handicapées, etc. La ségrégation opérée par les politiques publiques de la dépendance se voit ici gommée au profit d'une vision bien plus large de la mise en activité.

En outre, apportant plus de coffre à cet ingrédient, la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, 2012) affirme que toute action agissant en faveur du vieillissement actif consiste à « *remplacer l'assistance aux personnes âgées par des stratégies les encourageant à rester autonomes* » et qu'afin d'y parvenir

⁴⁹ Les orientations prioritaires, du rapport de la Deuxième Assemblée Mondiale sur le Vieillessement à Madrid en 2002, sont de trois ordres : mise en relation des personnes âgées et du développement, promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées et création d'un environnement favorable et porteur. La promotion de la santé des personnes âgées est un axe ancien (dès les années 1970 les politiques publiques de prévention par l'éducation à la santé sont présentes) mais qui doit être constamment rappelé afin de d'informer toutes les générations de personnes âgées d'où sa présence réitérée en 2002. La relation entre l'environnement dans lequel évolue les âgés et les personnes âgées a été initiée en 1980 avec le rapport Lion, puis largement engagée depuis les années 1990 (Nations Unies, 1995, 1999, 2012).

il faut construire des politiques publiques qui assurent le bien-être des seniors sans occulter la nécessité d'assurer les besoins de la population âgée, envisageables par une approche intersectorielle, intergénérationnelle et tenant compte des parcours de vie dans leur globalité (Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, 2012, p. 12). Bien que certains des principes d'un vieillissement actif étaient déjà prônés par Pierre Laroque en 1961⁵⁰, ils ne trouvèrent pas d'écho à ce moment-là, la fenêtre d'opportunité n'avait effectivement pas pu s'ouvrir. En revanche, la France fut novatrice avec son Programme Bien Vieillir de 2003 car au niveau mondial les mêmes principes sont prônés avec la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » (Organisation Mondiale de la Santé, 2004). En mai 2004, la 57^{ème} Assemblée mondiale de la Santé a effectivement approuvé la Stratégie de l'OMS. La volonté de changer les habitudes de la population en général est forte, pour cela l'alimentation saine et la pratique physique sont reconnues comme facteurs de santé. Nous pouvons alors affirmer qu'à l'échelle mondiale, les APS associées à une alimentation équilibrée sont reconnues comme étant un facteur bénéfique pour la santé des populations. Forte des avancées faites dans le champ de la lutte contre les méfaits du vieillissement, l'ambition de « *Vieillir en bonne santé* » en Europe devient « *un challenge* » (Sweden & National Institute of Public Health, 2004). Le vieillissement actif est dorénavant délaissé au profit d'un vieillissement en bonne santé. Certes celui-ci fait référence aux mêmes pratiques que le concept précédemment mis en avant au niveau international en 2002, mais il résonne de manière plus favorable. En effet, du terme « actif » peut découler les conséquences de la *Tyrannie du Bien Vieillir* (Billé & Martz, 2010), alors que la notion de « santé » semble bien moins injonctive et stigmatisante. Le vieillissement actif puis le vieillissement en santé ainsi définis et défendus constituent alors le cinquième ingrédient de la soupe primitive des politiques publiques de la prévention du vieillissement.

⁵⁰ « (...) ne fait pas de doute qu'un régime alimentaire carencé en protéines, un déséquilibre prolongé entre les activités physiques et intellectuelles, une mauvaise adaptation des conditions de vie et de travail aux possibilités biologiques et psychologiques de l'individu, une absence de préparation psychologique à la retraite et à la vieillesse accélèrent chez beaucoup d'adultes le processus du vieillissement. » (Laroque, 1961, p. 240).

- v. L'adaptation de la société à l'ensemble de la population vieillissante : VADA ou le gage d'une prévention effective sur les plans moteurs, cognitifs et sociaux

Les niveaux supranationaux sont centraux en termes de politiques publiques de santé et encore plus en termes d'actions publiques de prévention du vieillissement. Souvent pionnière, l'Union Européenne via les différentes organisations qu'elle soutient, est une forme de politique originale avec un système de gouvernance développé. Celle-ci est en effet, depuis 50 ans, à la tête de nombreuses normes, politiques publiques, ressources, méthodes, cadres d'actions, susceptibles d'être mobilisés et adaptés et dont se saisissent peu à peu les États membres. Lascoumes et La Galès (Lascoumes & Le Galès, 2012) précisent ainsi très justement qu'il faut situer l'action publique nationale dans le contexte européen, contexte qui se veut très souvent être « l'impulseur » de nombreuses actions publiques. Beaucoup d'ingrédients de la soupe primitive peuvent ainsi provenir directement ou indirectement des échelles extranationales. Et c'est effectivement le cas pour la notion d'adaptation qui constitue le dernier et le plus important de ceux-ci.

Parallèlement au concept de vieillissement en bonne santé, le cadre d'orientation « *Active Ageing, Vieillir en restant actif* » publié par l'OMS, apporte l'idée que la capacité fonctionnelle (la capacité ventilatoire, la force musculaire, le débit cardio-vasculaire, etc.) se développe pendant l'enfance et culmine au début de l'âge adulte, pour décliner ensuite au cours des années. L'accélération du déclin peut être telle qu'elle entraîne une incapacité prématurée. Cependant, son rythme de décadence est en grande partie lié au mode de vie à l'âge adulte (la consommation de tabac et d'alcool, le niveau d'activité physique et le régime alimentaire) ainsi qu'à des facteurs externes et environnementaux⁵¹. Toutefois, il s'agit d'un phénomène réversible sur lequel, à tout âge, les décisions individuelles ou de santé publique peuvent influencer. Ainsi, l'orientation « *création d'un environnement favorable et porteur* »⁵² tient à ces constats. Au niveau mondial l'intérêt ne sera plus tant de permettre et de promouvoir un vieillissement actif à proprement parlé ou encore un vieillissement en bonne santé (respectivement défendus en 2002 et 2004) mais bien d'offrir une société capable de s'adapter à ces citoyens âgés quelles que soit leurs pratiques,

⁵¹ Ici aussi le vieillissement est compris dans un ensemble, dans sa globalité et de manière écologique (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2013).

⁵² Soulevée par la seconde Assemblée Mondiale sur le Vieillissement à Madrid en 2002.

envies et attentes. Cependant, cette société nouvelle doit favoriser la pratique d'une certaine activité physique. L'injonction pèse moins sur les seniors que sur les collectivités locales. Ainsi, la cité dans laquelle vit la personne âgée doit lui permettre d'opter pour un vieillissement actif physiquement, et donc socialement.

Le regard a bel et bien changé, il est dorénavant tourné vers la société qui permet, ou non, aux citoyens âgés d'être actifs sur divers plans, dont le plan physique. Le cheval de bataille n'est plus le vieillissement actif, ou en bonne santé, lui-même mais bien l'environnement qui doit y être favorable. Le Guide Mondial des Villes-Amies des Aînés – VADA – (Organisation Mondiale de la Santé, 2007) réaffirme alors que pour prévenir efficacement le vieillissement il faut adapter la société aux aînés, bénéficiant en même temps à l'ensemble des catégories d'âge. La notion de société de tous les âges défendue en 1982 (Plan de Vienne), 1995 (Sommet Mondial pour le Développement Social) puis reprise en 1999 (Journée Internationale des Personnes Âgées) se concrétise et se cristallise autour des VADA. C'est lors de la séance d'ouverture du XVIII^{ème} Congrès Mondial de Gériatrie et de Gériatrie (à Rio en 2005) qu'a été conçu le projet VADA. Le but est alors d'inciter les villes à mieux s'adapter aux besoins des aînés de façon à « *exploiter* » (au sens positif du terme) le potentiel que représentent ces personnes. Ce guide décrit comment, au moyen de celui-ci, des particuliers et des groupes peuvent encourager des initiatives dans leur ville. Il ambitionne à devenir un réel moyen de promotion et d'incitation au changement urbain favorable et indispensable pour les seniors, assurant un mieux vieillir dans la cité⁵³.

Les suggestions concrètes élaborées au niveau international pourront et serviront de base pour la mise au point de mesures plus précises aux niveaux régional, national et local.

Au cours de la décennie précédente était farouchement défendue l'idée que les personnes âgées devaient prendre part à la société, en revendiquant haut et fort qu'elles pouvaient et étaient utiles à celle-ci (cf. le mouvement de la Flamboyance), mais pour que les seniors « entre en société », encore faut-il que celle-ci soit accessible, qu'elle soit adaptée à eux. Laroque interrogeait la place des personnes âgées dans la société dès 1961, maintenant, les organismes mondiaux et européens interrogent les possibilités qu'offre la société pour que les seniors puissent en faire partie.

⁵³ Grâce à la concrétisation du modèle du vieillissement actif entendu au niveau mondial en 2002 (pratique physique, culturelle, associative, professionnelle, etc.).

« L'essentiel est sans doute d'assurer l'adaptation la meilleure possible des personnes âgées à la société française de demain et d'adapter aussi cette société à la présence et aux caractères physiques et psychiques d'une masse croissante de personnes âgées. »
(Laroque, 1961, p. 262).

Pour aller plus loin, nous assistons en 2007, avec ces deux apports essentiels (« *Active Ageing, Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation* » et Guide Mondial VADA) à un basculement du point de vue et des acteurs : on ne stigmatise plus l'aîné non-inséré socialement, on stigmatise la société qui ne permet pas l'intégration sociale du senior. Dorénavant, si le retraité n'est pas intégré socialement c'est à cause de la cité et non plus l'inverse.

De surcroît, le polycentrisme des politiques publiques place l'échelon local comme élément clef des nouvelles politiques sociales, et c'est d'autant plus prégnant lorsqu'il s'agit de la prévention du vieillissement comme le soulignent la démarche VADA ou le PNBV de 2007. En 2010, fortes des constats posés au niveau mondial des avantages que représentent une société pour tous les âges (et donc une société adaptée aux aînés), les expertises (Encart 12) se concentrent sur l'adaptation de l'habitat et de la cité au vieillissement de sa population, s'inscrivant de plein pied dans l'idée forte défendue au sein du programme VADA porté par l'OMS.

- « *Rapport de la mission : « Vivre chez soi »* » par Alain Franco, secrétariat d'Etat aux Aînés ;
- « *Rapport sur les besoins de sécurité liés au vieillissement de la population : Vieillir partout en sécurité, l'affaire de tous* » par Edouard COURTIAL, ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales ;
- « *Habitat et vieillissement : nouvelles pratiques professionnelles ? Nouvelles formes d'action publique ? Programme de recherche : Vieillissement de la population et habitat – Actes du colloque du jeudi 4 février 2010* » Plan Urbanisme Construction et Architecture ;
- « *La convergence des politiques publiques du vieillissement et des politiques locales de l'habitat. Réalités et perspectives* » par Béatrice HERBERT, Agence Nationale pour l'Information sur le Logement.

Encart 12 - Écrits relatifs à l'adaptation de la cité aux aînés

La mise au jour (par le niveau international et son rappel par des experts français) de la responsabilité des environnements dans le processus d'un vieillissement en santé permet l'ajout d'un autre ingrédient qui nourrira les réflexions du gouvernement lors de l'élaboration de ses politiques publiques. C'est ainsi que l'ingrédient « adaptation » sera pris en considération en France permettant de nourrir les nouvelles actions politiques.

Pour résumer cette sous-partie, nous avons six ingrédients phares au sein de la soupe primitive : la prévention, l'éducation, la coordination ainsi que la prise en considération de l'ensemble des seniors qu'ils soient autonomes ou dépendants. Les deux derniers ingrédients sont sans doute les plus forts car ils cristalliseront par la même le nouveau paradigme concernant la prévention du vieillissement : la notion de vieillissement en bonne santé et l'adaptation de la société.

- c. Naissance d'un contexte favorable à la mise en place d'une politique de prévention du vieillissement par les décideurs publics : l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité

L'ouverture d'une « fenêtre d'opportunité » (Faure, Leresche, Muller, & Nahrath, 2007, p. 279) n'est pas une simple addition d'événements passés ; il s'agit davantage d'un moment particulier pendant lequel les différents phénomènes à l'œuvre sont en phase pour déclencher l'action publique (Collinet, Schut, Pierre & Caluzio, 2014, p. 6).. En effet, l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité (Kingdon & Thurber, 1984) de la politique de prévention du vieillissement (Collinet, Schut, Pierre & Caluzio, 2014) peut se concrétiser de plusieurs manières. Des rapports, des échanges, des événements, des contextes, etc., peuvent en être les créateurs. C'est en 2003 que le contexte politique est favorable, ainsi la fenêtre d'opportunité a pu s'ouvrir. Le temps de l'action publique a commencé.

- i. Le Programme Bien Vieillir, 2003

La fenêtre d'opportunité a effectivement été ouverte en France en 2003. Le gouvernement lance le Programme Bien Vieillir (ministère délégué aux Personnes Âgées, 2003) qui ouvrira véritablement le champ de la prévention du vieillissement entendue sous l'angle des APS et de l'alimentation. Initié par le ministère délégué aux Personnes Âgées, la volonté est bien de promouvoir des comportements qui retardent les effets négatifs du vieillissement, préviennent la maladie et assurent une réelle qualité de vie. Ainsi ce document constitue un programme de prévention et de promotion de la santé dont l'organisation repose sur deux niveaux : le national et local, ce dernier impliquant 17 sites pilotes. Ainsi, un peu moins d'une vingtaine de villes ont été sélectionnées pour promouvoir des actions visant l'alimentation et l'APS des seniors de 50 à 65 ans, afin de préparer au mieux les années à venir. Ce programme représente d'emblée une démarche de proximité, sur un territoire précis, celui d'une ville qui s'était engagée. De plus, il est coordonné avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui propose face à la situation d'une envolée des déséquilibres alimentaires et des pathologies liées aux excès, de mettre en place une politique nutritionnelle comme une priorité de santé publique qui réponde

aux attentes des français. Les personnes âgées occupent une petite place au sein du PNNS, et ne concernent que l'amélioration du statut en calcium et en vitamine D, mais il détient de forts avantages qui ont facilité, même permis, l'arrivée du Programme Bien Vieillir. En effet, c'est cette action politique qui a érigé les APS comme facteur de santé, en renforçant la place des APS vues comme outils et moyen d'action dans les politiques de santé. Suite à celui-ci, « *alimentation, nutrition et exercices physiques étaient liés* » (Aquino, 2014b), couplé à la volonté de Monsieur Falco⁵⁴ de « *réfléchir et d'agir dans ce domaine* » (Aquino, 2014b) et à l'émergence au fil du temps de la prévention étendue comme étant un élément important, le Programme Bien Vieillir a pu voir le jour. C'est ainsi que pour la première fois en France est cité en titre de programme public le bienfondé des APS et de l'alimentation pour la santé des seniors, bien que celui-ci ne concerne que les 50-65 ans uniquement. Précurseur dans le domaine, l'État français engage ainsi l'équation « *bien-vieillir = APS + alimentation équilibrée* ».

Fort des contextes politiques et de la légitimité apportée par le PNNS, le programme cristallise l'ouverture de la fenêtre d'opportunité, permettant la création pleine et entière d'une politique générale de prévention du vieillissement.

ii. Le Plan National Bien Vieillir, 2007

Suite aux résultats favorables obtenus par le Programme Bien Vieillir de 2003, en 2005, le ministre Philippe Bas (alors délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille) a décidé d'élargir les actions de prévention à l'ensemble des thématiques du « *Bien Vieillir* » et sur l'ensemble du territoire français avec le double objectif de promouvoir la santé et le bien-être pour tous, ainsi que d'améliorer la qualité de vie des seniors. Alors le 24 janvier 2007, lors de la clôture du colloque « *Bien Vieillir* », le programme a été prolongé par le « *Plan National Bien-Vieillir* » (ministère de la santé et des solidarités, ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, & ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2007). Il a pour ambition de proposer les étapes d'un chemin pour un vieillissement réussi (Encart 13) tant du point de vue de la santé

⁵⁴ secrétaire d'État aux personnes âgées du 17 juin 2002 au 30 mars 2004 puis ministre délégué aux personnes âgées du 31 mars 2004 au 27 octobre 2004.

individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.

Les concepts de vieillissement réussi et de bien-vieillir (Trincaz, Pujalon, & Humbert, 2008)

Le vieillissement réussi, notion apparue en 1987 sous le nom de « *successful ageing* » (Rowe & Kahn, 1987), se dresse face aux notions de vieillissement normal et usuel. Il concerne les individus qui conservent de très bonnes conditions physiologiques malgré l'avancée en âge, ceux qui parviennent à les améliorer et les personnes pour lesquelles le fossé entre volonté et accomplissement de ces volontés est minime, voire inexistant.

Trincaz, Pujalon et Humbert se proposent de différencier deux vieillissements. : l'un habituel, l'autre réussi. Ainsi, le vieillissement habituel, ou encore usuel, se caractérise par l'absence de maladie exprimée mais inclut les troubles fonctionnels liés à l'avancée en âge, aux traumatismes physiques, aux facteurs de risque et au retentissement psychologique des pertes jalonnant le parcours de vie.

Cependant, le bon ne peut se détacher du mauvais, le bien incluant l'existence du mal et le réussi nécessairement contrebalancé par le raté. Ainsi, l'existence de la possibilité d'un « mal vieillir » est prenante laissant apparaître un processus de stigmatisation et de culpabilisation des aînés.

Encart 13 – Le vieillissement réussi

Ce Plan a permis d'ouvrir un peu plus fortement la fenêtre d'opportunité et lorsque est ouverte, elle permet aux élus d'agir rapidement (Collinet, Schut, Pierre & Caluzio, 2014, p. 5).

- d. Création d'une politique de prévention du vieillissement contemporaine : lorsque la soupe primitive et la fenêtre d'opportunité servent l'engagement des actions publiques

Les ingrédients de la soupe primitive constituent des éléments ; et ces éléments constituent eux-mêmes le tracé des politiques publiques. Ces éléments ne sont alors pas forcément interdépendants mais permettent la concrétisation du tracé et donc des actions politiques. Chateauraynaud (2011) relève deux grandes familles de tracés : tout d'abord les trajectoires qui proviennent d'inflexions provoquées au fil du temps par des épreuves successives, ce qui permet rétrospectivement d'expliquer un changement de phase et les trajectoires marquées par une bifurcation radicale, une rupture. Son travail permet de distinguer un changement « doux » d'un changement radical dans les politiques du vieillissement.

- i. La nomination d'experts : aide à la réflexion politique

Le changement radical ou la bifurcation met au jour une nouvelle configuration. Les éléments au cœur de cette « *reconfiguration* » sont nommés « *reconfigureurs* » ou « *perturbateurs* » (Chateauraynaud, 2011, p. 139). Ici, nos reconfigureurs sont représentés par trois rapports (Aquino, 2013a ; Broussy, 2013 ; Pinville, 2013). En effet, en 2013 plusieurs rapports cristalliseront la volonté de refondre la société pour l'adapter aux citoyens âgés, ingrédient phare de la soupe primitive. Dès lors, un changement de paradigme fort est engagé au sein des politiques publiques sociales françaises. Comme nous l'avons vu la notion d'adaptation de la société a d'abord été formalisée en 1995 lors de l'adoption de la déclaration de Copenhague. Non spécifique aux personnes âgées, le souhait était de créer une « *société pour tous* ». En 1999, lors d'une journée internationale, était défendue une « *société pour tous les âges* ». Ajoutant la notion d'âge, la volonté était bien d'offrir une cité pouvant convenir et servant les intérêts de toutes les générations présentes sur le territoire (de la petite enfance au grand âge sans occulter l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte). Puis, en 2002, la volonté s'affine lors de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement et surtout au sein du cadre d'orientation édité pour l'occasion. En effet, se pose à cette époque, non plus la question d'une société pour tous les âges mais la création d'un environnement favorable y compris aux personnes âgées. Et en 2007, la volonté (et par la suite la

concrétisation) d'une société « nouvelle » voit le jour au sein du Guide Mondial VADA qui prône une adaptation de la société aux seniors.

Le gouvernement français a un rôle à jouer dans cette volonté de créer une nouvelle loi, non plus basée sur un mandat, dû en partie au contexte économique du pays (Aquino, 2014a ; extrait d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014 ; extrait d'entretien, Martine Pinville, Rapporteuse de la nouvelle loi Autonomie, 26/11/2014), mais bien plus sur la volonté de changer durablement l'avenir, les représentations et la société toute entière, afin que chaque citoyen y trouve sa place, de manière légitime. Fruits de cette exigence forte, trois experts ont été mandatés afin d'aider les instances administratives à la rédaction d'une loi qui se voudra résolument novatrice. Trois volets ont été retenus : l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement.

De prime abord, nous retrouvons au sein de ces expertises trois des ingrédients de la soupe primitive pour aider à formuler cette toute nouvelle politique vieillesse, lourdement liée à l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité entamée en 2003 avec le Programme Bien Vieillir puis renforcé en 2007 avec le PNBV. En effet, les notions clés d'adaptation, de coordination et d'éducation (ces deux derniers étant entendus comme « accompagnement ») ont été piochées au sein de la soupe primitive élaborée depuis 1972 (avec la création du CFES) et défendue jusqu'à aujourd'hui au travers des différents comités et plans mis en place par le gouvernement (Programme Bien Vieillir de 2003, PNBV de 2007, Comité de Coordination et Comité Avancée en Âge).

Afin de concrétiser ces idées l'État a donc mandaté trois experts, faisant l'objet de trois rapports distincts mais complémentaires. Le docteur Jean-Pierre Aquino a été chargé par Michèle Delaunay (ministre délégué aux personnes âgées et à l'autonomie) et Marisol Touraine (ministre des affaires sociales et de la santé) d'un rapport sur les notions d'« anticipation-prévention » ; Luc Broussy a été chargé par Michèle Delaunay d'une mission interministérielle de réflexion sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population alors que Martine Pinville s'est vue confier par Jean-Marc Ayrault, Premier ministre, une mission parlementaire de « *benchmarking* » visant à identifier les pratiques innovantes d'autres pays. Contributions substantielles à la préparation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ces trois rapports (remis le 11 mars au Premier ministre et en présence de Marisol Touraine et Michèle

Delaunay), alimentent la réflexion du gouvernement et certaines propositions pourraient faire pleinement partie de la nouvelle loi.

Ces trois personnes n'ont pas été choisies au hasard car elles étaient déjà investies dans le domaine du vieillissement ; légitimées par leurs parcours, elles se sont présentées « *naturellement* » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014) comme experts aux yeux du gouvernement.

Aquino⁵⁵, travaillant depuis de nombreuses années sur le sujet, a été appelé pour remettre son expertise dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. Il souhaite vivement relever que le changement sémantique opéré (glissement du terme de dépendance à celui d'autonomie) n'est pas qu'un effet d'annonce ou un acte symbolique. Forte de cette dynamique positive et nouvelle impulsée en partie par le présent rapport, la nouvelle loi ayant au départ été dénommée « loi Autonomie », porte un volet considérable sur la prévention de cette perte d'autonomie possible par l'action conjointe de l'ensemble des acteurs prenant part aux questions de l'anticipation et de la préservation de l'autonomie.

« (...) on est dans une dimension qui est évolutive, par rapport aux étapes précédemment retenues, puisqu'il y a un point très très important c'est la notion d'anticipation avec la préservation de l'autonomie et la prévention de la perte d'autonomie. Et dans tous les travaux qui ont été conduits, c'est le mot "autonomie" qui a remplacé celui de "dépendance". Alors vous me direz que c'est de la sémantique, qu'on joue sur les mots : NON. On ne joue pas seulement sur les mots parce qu'on valorise l'autonomie, on met en évidence un capital autonomie que l'on a tout au long de notre vie et que nous avons à préserver du mieux possible. » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014).

⁵⁵ Le Docteur Jean-Pierre Aquino est médecin chef de la Clinique Médicale de la Porte Verte à Versailles et conseiller technique de la Fondation Médéric Alzheimer, et assure la présidence de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Ainsi, il a participé aux travaux de la Commission Ménard et à certains groupes de travail du Plan Alzheimer. Avec son homologue de l'hôpital public de Versailles, il partage la responsabilité technique de la filière gériatrique.

Le Comité Avancée en Âge, dont Aquino assure la présidence, doit remplir trois missions : formuler des préconisations relatives à l'anticipation (c'est-à-dire la prévention) dans le cadre de la prochaine loi, élaborer un plan d'action et évaluer sa mise en œuvre ; enfin coordonner les acteurs de la prévention.

La deuxième expertise visait l'adaptation de la société au vieillissement. Elle a donc fait l'objet d'un rapport, celui de Broussy⁵⁶, Conseiller Général du Val d'Oise depuis 2008, doté d'une certaine autorité politique.

Cette thématique a émergé car le contexte économique du pays ainsi que les avancées non négligeables faites en faveur du traitement des problèmes que pose la dépendance ont contraint les décideurs politiques à envisager le vieillissement autrement. En effet, le regard sera ici posé sur ceux qui sont autonomes et/ou fragiles et non plus uniquement sur les dépendants. Visant le même public-cible que le PNBV, Broussy propose à l'ensemble des politiques publiques de travailler pour anticiper le choc démographique des autonomes et/ou fragiles que la France va connaître dans les années à venir. Ayant répondu comme elles le pouvaient à l'urgence sociale des dépendants, et n'ayant pas des budgets extensibles à merci, il pense que les actions publiques peuvent légitimement détourner leur regard, non pas exclusivement sur les autonomes et/ou fragiles mais de manière conjointe. En effet, les acteurs connaissent la dépendance, ont mis en

⁵⁶ Broussy travaille sur les questions sociales depuis 1989. D'abord assistant en charge des questions sociales au siège du Parti Socialiste (1989-1992), il deviendra chargé de mission attaché aux dossiers européens et internationaux auprès du ministère des affaires sociales et de l'intégration (1992-1993) pour prendre la direction du service d'information et de communication du ministère des affaires sociales et de la santé (1993). Se tournant par la suite vers le secteur privé, il sera délégué général de l'UNEPPA⁵⁶ (1993-2001) avant de devenir délégué général du SYNERPA⁵⁶ (2001-2005).

Par ailleurs, il fonde une société de presse, EHPA Presse, qui publie le « Mensuel des Maisons de Retraite », le « Journal du Médecin Coordonnateur » et le « Journal du Domicile » ainsi qu'une société de conseil et de formation, EHPA Conseil. De plus, il crée et dirige l'Executive Master de « Politiques gérontologiques », devenu « « Politiques du Vieillissement & Siler Économie » à Sciences-Po Paris depuis 2003.

En 2008, il est vice-président de la Commission sociale de l'Assemblée des Départements de France avant de devenir en 2011 Conseiller spécial du Président de l'ADF en charge de la perte d'autonomie. Puis, il sera conseiller « personnes âgées » dans l'équipe nationale de campagne de François Hollande et délégué national du Parti Socialiste aux personnes âgées (2000-2008) auprès de Marisol Touraine et de Pascal Terrasse.

Depuis septembre 2014 il est le Président du CNR-Santé, devenu « France Silver Éco » en décembre 2014.

place des moyens pour tenter de la soulager et en connaissent les tenants et les aboutissants. La dépendance des personnes âgées ne sera donc pas une révolution mais une évolution. En revanche, la France va vivre une « révolution » des personnes âgées autonomes et/ou fragiles qui jusqu'à présent n'étaient pas présentes au sein des politiques publiques. Absente des radars sociaux, cette population a été oubliée au profit de la population prioritaire : les dépendants. Mis à part avec le Programme BV et le PNBV qui se concentraient sur ces ressortissants (Lascoumes & Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) précisément, mais dont l'écho n'a pas été aussi fort que souhaité (sinon l'action publique réelle aurait été engagée dès lors), ceux pour qui « *tout va bien* » n'ont pas fait l'objet d'un intérêt politique fort. Cependant, pour que l'autonomie des personnes âgées perdure, la société doit agir en faveur de ces personnes pour qu'elles continuent à vivre leur vieillesse sans incapacité.

Enfin, auteure du rapport sur une comparaison internationale des pratiques en matière de prévention, anticipation et adaptation de la société au vieillissement, Pinville⁵⁷ endosse également le rôle de rapporteure de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Tout comme Aquino ou Broussy, travaillant déjà sur les sujets du vieillissement, elle a été sollicitée pour prendre en charge cette nouvelle mission.

Intitulée « *relever le défi politique de l'avancée en âge* » son expertise, en plus de mettre au jour les différentes actions portées au niveau international, apporte la conviction que le vieillissement de la population en santé est un défi. En effet, nous avons largement vu qu'auparavant le gouvernement agissait plutôt dans le domaine curatif, dorénavant, il parle plus de santé que de soins. L'enjeu actuel réside alors en ce point précis, celui de la santé, celui du vieillissement en santé. Il faut que les personnes qui avancent en âge parviennent à maintenir leur capital santé et

⁵⁷ Fonctionnaire des impôts retraitée, Martine Pinville a été secrétaire Nationale du Parti Socialiste en charge des questions de santé (de juin 2012 à avril 2014), Conseillère municipale de Balzac (Charente de 1989 à 1995) et adjointe au Maire de Balzac (de 1995 à 2012). Depuis 2011 elle est présidente du pays d'Entre Touvre et Charente, mais aussi Députée socialiste de la 4ème circonscription de la Charente (depuis 2007), et assure enfin le secrétariat de la Commission des Affaires Sociales ainsi que la Présidence du Comité National de l'autisme depuis 2012.

Élue le 17 juin 2015, elle est dorénavant secrétaire d'État chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de l'économie sociale et solidaire, auprès du ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique. Elle est en revanche depuis le 17/06/2015 secrétaire d'État chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de l'économie sociale et solidaire auprès du ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique.

cet enjeu mute en défi aux yeux de la rapporteure. De plus, le terme de « *politique* » fait appel « à la mise en place de politiques publiques » (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014) pour pouvoir le relever.

Ces trois expertises ont pu nourrir le débat politique autour de quatre axes que nous définirons ci-dessous. Ceux-ci puisent indéniablement leurs origines au sein de la soupe primitive et ont profité de l'ouverture de la fenêtre d'opportunité en 2003, renforcée en 2007.

1. L'adaptation

La prise en compte du fait que l'environnement est un facteur déterminant en santé est extrêmement importante et révèle une prise de conscience non négligeable.

« Le vieillissement harmonieux ne résulte-t-il pas finalement d'un dialogue constructif entre la personne, son environnement et les pouvoirs publics ? Chaque personne est unique avec son état de santé, son comportement et les caractéristiques de son milieu. »
(Aquino, 2013a, p. 3).

Cependant Broussy apporte d'emblée que la France n'a jamais été adaptée à sa population âgée. Le titre de son rapport ainsi choisi (cf. *France : Année zéro !*) peut aussi mettre en lumière l'idée que la France commence à écrire son histoire, qu'elle est au début d'une révolution, celle de l'adaptation de sa société à tous les citoyens, quels que soient leurs âges et leurs degrés d'autonomie ou de dépendance.

Nous savons grâce à différents écrits (« *Active Ageing, Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation* » et Guide Mondial VADA) que l'environnement joue un rôle non négligeable pour une vie en santé. Ainsi plusieurs secteurs entrent en jeu mettant en avant l'inévitable approche globale de la personne dans son cadre de vie (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014). Et les ingrédients adaptation et coordination sont rattachés à cette conception.

Pour commencer, la question des logements⁵⁸ est traitée car le maintien à domicile est tributaire de l'adaptation des logements. Et c'est en ce sens que l'ingrédient de la soupe primitive deviendra une action publique parce que « *le domicile privé doit devenir une affaire publique* » (Broussy, 2013, p. 15). Les personnes âgées ou en devenir, sont de plus en plus au courant de ce qu'est la vieillesse pour avoir vécu et soutenu celles de leurs propres parents ou proches (Entretien Luc Broussy, 15/20/2014). Ainsi l'adaptation du logement sera au cœur des envies et des actions des aînés eux-mêmes.

« (...) on arrive là avec un public, et a fortiori avec les générations suivantes, qui est tout nouveau (...) qui sait ce que c'est d'être dépendant et qui sait ce que c'est comme contraintes, et donc c'est un public, pour la première fois dans l'histoire, qui va de lui-même anticiper ces choses, c'est lui-même qui va se dire qu'il n'a pas envie d'être à la charge de ses enfants, ou petits-enfants. (...) Voilà, donc il y a un premier constat sociologique c'est que les retraités d'aujourd'hui et de demain ne sont plus les mêmes que ceux d'hier. Eux, ils savent. Ils savent donc ils vont pouvoir anticiper, adapter leurs vies, et construire eux-mêmes car ils ont vraiment les tenants et les aboutissants. » (extrait d'entretien, Luc Broussy, 15/20/2014).

Mais un logement adapté au sein d'un quartier non adapté ne serait que réduire l'impact bénéfique de ce dernier. Avec le développement de logements intermédiaires⁵⁹ (entre le domicile et l'EHPAD) les personnes pourraient vieillir en santé. Il s'agit bien ici de permettre la sortie d'un logement adapté dans un quartier lui aussi adapté, et ainsi offrir une ouverture sur l'extérieur, car celui-ci le permet (Aquino, 2013a, p. 93).

Enfin, à une échelle un peu plus grande que le quartier : la ville. Il est important de prendre en compte l'intégralité des paramètres constituant une ville afin de les adapter aux seniors et *a fortiori* à tous les âges de la vie. Ainsi, bus, feux rouges/verts, bancs publics, trottoirs, lieux de

⁵⁸ Adaptation de 15 000 logements par an, crédit d'impôt de 25%, nouvelles constructions et diagnostics « Habitat-Mobilité » à partir de 75 ans qui consistent en l'évaluation des conditions d'adaptation du logement ou en la décision de déménagement.

⁵⁹ Ce qui sous-tend le recensement des établissements « logements-foyers » existants et définir les scénarii les plus adaptés (rénovation possible et/ou souhaitable ou réaffectation des logements à des non-âgés).

socialisation (brasseries, théâtres, cinéma, etc.), etc., sont concernés. Pour cela, le Label VADA demeure un excellent outil. Cette démarche a d'ailleurs été l'un des appuis des trois expertises, jouant pleinement son rôle d'ingrédient de la soupe primitive.

La France, via ses territoires locaux, peut créer une société adaptée à tous. Une société « amie de tous les âges » est idéale selon les experts car elle saurait s'adapter aux besoins du plus grand nombre pour maintenir l'autonomie des personnes. Les objectifs pour la construction d'un tel lieu de vie sont donc d'adapter l'habitat, de permettre l'accès à des services de proximité, de rendre l'espace public plus convivial et accueillant en n'omettant pas l'adaptation des réseaux de transports existants. Le tout (adaptation du logement, du quartier et de la ville) concourant à la lutte contre l'isolement social et la sédentarité qui sont des causes d'entrée en situation de dépendance.

De surcroît, les aménagements étant pensés pour les seniors serviront aussi à d'autres catégories d'âge.

« Il faut parier sur l'adaptation de la société à tous les âges de la vie, en mettant en avant l'idée que les besoins des plus jeunes peuvent être, au moins pour une part, congruents avec ceux des plus âgés. » ;

« Nombre d'actions menées en direction de la jeunesse pourraient être aisément déclinées dans des politiques de l'âge globales et transversales, comme c'est le cas dans certains pays. » (Pinville, 2013, p. 8).

La France, en mandatant ces trois experts, a accepté de jeter sur l'ordre social un regard critique et admis qu'il existe une responsabilité sociale (Barnay, 2012). Aucun autre pays de l'OCDE n'a vraiment pris en compte dans des politiques transversales et cohérentes cette révolution de l'avancée en âge (Pinville, 2013, p. 17), ainsi Pinville pense que la France peut jouer un rôle pionnier en la matière. Notre nation « *n'a certes pas à rougir* »⁶⁰ par rapport aux autres pays de l'OCDE en termes de politiques du vieillissement, cependant « *la tâche à accomplir demeure immense et multiforme* » (Pinville, 2013, p. 16). Nous avons vu que l'objectif de ces différents

⁶⁰ En effet, la France est classée 18^{ème} sur 91 pays selon l'indicateur de Global Age Watch. Indicateur selon certains critères permettant de savoir où il fait bon vivre lorsque l'on est senior.

rapports est de nourrir la rédaction de la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement qui fera de la prévention un fer de lance permettant alors de maîtriser les dépenses publiques tout en maximisant le bien-être de la population (Déchamp-Le Roux et al., 2012). Tout cela étant envisageable par l'adaptation, l'évaluation et l'évolution (au même rythme qu'évolue la société pour toujours assurer l'adaptation) des mesures et en gardant en tête qu'« *il n'est jamais trop tard pour prévenir* »⁶¹. Ainsi le gouvernement souhaite *a priori* se lancer dans une action de transformation de la société. Pinville va d'ailleurs plus loin en affirmant sa conviction vis-à-vis des politiques de l'âge : la notion même de politiques catégorisées en fonction des âges de la vie ne devrait pas exister. Elle appuie l'idée qu'une réelle politique vieillisse en sera justement une lorsqu'elle n'existera plus.

« Il ne sert à rien de segmenter l'action publique en fonction de critères d'âge : sans même parler du caractère discriminatoire d'une telle pratique, celle-ci se révèle contre-productive en opposant inutilement les « jeunes » aux « vieux ». » (Pinville, 2013, p. 8).

2. L'anticipation

Cependant, l'adaptation ne se suffit pas à elle-même. En effet, il est aussi important d'anticiper l'avancée en âge par des dispositifs de prévention qui se voudront continus sur l'ensemble du cycle de vie (Pinville, 2013). Car rappelons que « *si nous ne faisons rien, la perte d'autonomie sera au rendez-vous.* » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014). La promotion de facteurs favorisant le maintien ou la récupération de l'autonomie sont efficaces à tout âge (Aquino, 2013a, p. 47). De plus, l'anticipation met en jeu la prévention individuelle et collective (Aquino, 2013a, p. 9). Ainsi, quatre sites d'intervention sont ciblés : le lieu de travail ; le domicile ; l'hôpital et l'EHPAD.

En plaçant les personnes âgées au cœur de la réflexion, six types de stratégies ont fait leur preuve en terme d'anticipation (Aquino, 2013a, p. 16) :

⁶¹ Les conclusions des études menées par Déchamp-Le Roux (Déchamp-Le Roux et al., 2012) montrent effectivement l'intérêt d'une prévention quel que soit l'âge du public cible, malgré, évidemment, des insuffisances qui en limite l'impact.

- l'activité physique (exercices d'endurance, de renforcement musculaire, de maintien de l'équilibre, et assouplissement) ;
- l'information/communication ;
- l'éducation des personnes, le conseil ;
- le suivi téléphonique ;
- l'évaluation des besoins de la personne et des risques environnementaux (domicile et quartier) ;
- les visites à domicile.

Ces stratégies d'intervention pourront être proposées par les collectivités territoriales, les entreprises locales, les associations présentes sur le territoire d'action, de manière individuelle ou collective à toutes personnes âgées de 50 ans et plus. Il s'agira alors et surtout de coordonner les acteurs. Les notions d'anticipation et de coordination ont ainsi été piochées dans la soupe primitive préalablement définie. De plus, nous ferons par la suite un travail approfondi sur les stratégies mettant en jeu les APS aux niveaux régional, départemental et communal afin de favoriser un vieillissement en santé grâce à la prévention.

3. L'accompagnement

L'accompagnement des seniors est souhaité via la création de guichet unique, assurant par la même un accès simple et lisible par les usagers. Ils seront aussi, et surtout, révélateurs d'une gouvernance « *renovée* » (Broussy, 2013, p. 26) liant l'État et ses collectivités territoriales. Ce principe devra néanmoins se développer au niveau ministériel car « *la création d'une délégation interministérielle, (...) sera la condition sine qua non d'une réforme globale et fluide qui évite de reproduire une politique en tuyaux d'orgues.* » (Broussy, 2013, p. 26). L'accompagnement comprend également la possibilité de vieillir chez soi, grâce à la revalorisation de l'APA et le développement de logements intermédiaires.

Un accompagnement effectif résulte alors de ces différentes conditions. Lui aussi doit être fluide, global et sans rupture. L'anticipation et l'adaptation permettent alors l'accompagnement de la

personne âgée mais aussi de tous les acteurs agissant dans le champ du vieillissement. L'anticipation est en fait de la prévention et l'adaptation de l'anticipation, le tout permettant l'accompagnement de tous les citoyens et acteurs dans un vieillissement en santé.

L'intégration du vieillissement au sein des politiques publiques représente le socle d'un meilleur accompagnement et d'un maintien de l'autonomie des personnes âgées et « *justifie une politique nationale de prévention* » (Aquino, 2013a, p. 7).

Pour accompagner les seniors sur les chemins d'un vieillissement en santé, il est alors primordial de « *donner un sens et une force de frappe beaucoup plus efficiente* » à ces nouvelles conceptions, possible en s'appuyant « *sur la nécessaire interministérialité* » (Aquino, 2013b). En effet, l'adaptation, l'anticipation et l'accompagnement doivent être conçus de manière globale, médico-psycho-sociale et environnementale, ainsi ils seront portés par une démarche interministérielle (santé, solidarité, sports, travail, environnement, logement, transport, culture, etc.).

« (...) *la prévention en gérontologie ne peut être conçue que dans une approche globale, médicale, psychologique, sociale, mais aussi environnementale, s'appuyant sur la pluridisciplinarité des acteurs et impliquant une démarche interministérielle compte tenu des différents domaines concernés.* » (Aquino, 2013a, p. 3) .

En effet, selon Pinville (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014), pour être efficace, la politique de l'âge doit être globale et transversale. Globale dans la mesure où elle concerne chacun des citoyens, quel que soit son âge et transversale dans la mesure où elle a vocation à traiter de l'ensemble des dimensions de l'action publique. L'auteure relève qu'aux niveaux européen et international, de nombreuses initiatives se mettent en place pour promouvoir des politiques de l'âge globales et coordonnées.

4. La valorisation de l'échelon local

Il nous semble également important de relever l'importance de l'échelon local. En effet, les trois expertises ont permis de valoriser l'intérêt conséquent des territoires régionaux, départementaux, intercommunaux et communaux dans la perspective de la mise en place d'une politique vieillesse. Ces niveaux se révèlent être les véritables chefs d'orchestre de l'anticipation et de la gestion du vieillissement. L'échelon local est le plus important et devient le lieu où se jouent réellement les politiques en faveur d'un vieillissement en santé. Ainsi, les démarches d'adaptation de l'environnement, impulsées par le gouvernement ne peuvent prendre forme qu'au niveau local car elles seront véritablement portées par les collectivités locales. D'autant plus que les études sur la mobilité des seniors montrent que les freins et les leviers à celles-ci sont l'accessibilité financière et physique (Pinville, 2013). C'est bien le jeu de gouvernance entre les collectivités locales et l'État qui permettra de répondre à ces deux composantes (aspect aménagement de la cité par les collectivités locales et aspect financier par l'État).

« La prévention se décline en majeure partie au niveau local, par l'action des collectivités qui, dans de nombreux pays, ont les compétences de définition et de mise en œuvre des politiques liées au vieillissement » (Pinville, 2013, p. 38).

En plus d'être basé sur le terrain, l'enjeu est aussi associatif. Il y a là un rôle primordial à jouer pour les associations en termes de promotion, de sensibilisation et d'actions. *« Il faut commencer par le terrain... À l'inverse. Les politiques viendront du bas. »* (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014). La gouvernance doit venir du terrain parce que *« c'est extrêmement complexe de faire travailler en interministériel car ce sont des administrations qui fonctionnent différemment. »* (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014). En revanche, les territoires doivent assurer une cohérence avec les politiques nationales.

Des dispositions résolument techniques se verront explicitées et transposables par les collectivités territoriales grâce à un écrit qu'Aquino remettra au gouvernement prochainement (l'intérêt de posséder des fiches techniques, claires, concises et pratiques ayant été soutenu). Les acteurs locaux doivent également prendre en compte la spécificité de leur propre territoire, c'est ainsi que les localités devront s'adapter à « leurs » personnes âgées. Laurence Rossignol (secrétaire d'Etat

chargée de la Famille des Personnes Âgées et de l'Autonomie) affirme en ce sens qu'il serait mal venu d'opérer à des « copier-coller » car il existe une trop grande diversité sur les collectivités territoriales, que ce soit au niveau du territoire lui-même ou de la population. Les transpositions directes sont donc à bannir, mais *a contrario* de l'inspiration des bonnes pratiques est fortement conseillée.

Pinville affirmait également l'importance des échelons locaux afin de mettre en œuvre de réelles actions coordonnées dans le cadre d'une gouvernance. C'est surtout aux échelons départementaux que cela va se jouer avec la Conférence des financeurs et le Conseil Départemental Citoyenneté Autonomie. Nous savons d'ores et déjà que ces deux instances seront des dispositifs d'intervention importants agissant en ce sens afin d'en finir avec l'émiettement et l'éparpillement des actions et des financements en faveur de la prévention du vieillissement.

« Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (...) chargée d'établir pour le territoire un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires. (...) Mais cela se fait avec des structures qui financent déjà, qui ont déjà des politiques de prévention. Et là, le but est de les coordonner et de les organiser et d'avoir une meilleure lisibilité. (...) Ensuite, il y aura le Conseil Départemental Citoyenneté Autonomie, ce qui remplace les CDCDH et les CODERPA. (...) cette institution-là, assure l'élaboration, la mise en œuvre, le développement et la mise en cohérence des politiques de l'autonomie, notamment en matière de prévention, d'accessibilité, de l'aide au logement, transport, accès aux soins et accompagnement médico-social, d'accès aux aides humaines, etc. Il est consulté sur un certain nombre de politiques et... Il transmet au plus tard au 10 juin de chaque année au Haut Conseil de la Famille et des âges de la vie un rapport sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, dont la synthèse fait l'objet d'une présentation dans chacune de ces instances. » (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014).

Pour terminer sur l'intérêt central de « l'agir au local », la structuration d'une coordination des acteurs de la prévention et des actions conduites aux échelons locaux, avec la définition d'une

stratégie nationale, est primordiale. Des actions sous l'égide d'un socle interrégime qui réunit la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse – CNAV –, le Régimes Social des Indépendants – RSI –, la Mutualité Sociale Agricole – MSA – avec le concours de l'Agirc-Arrco – Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés – et de l'INPES sont déjà menée en territoire francilien et sont la définition de cette nouvelle gestion souhaitée.

Ces quatre notions outils (anticipation, adaptation, accompagnement et valorisation de l'échelon local) permettent d'œuvrer en faveur d'un vieillissement en santé et de la prévention de la perte d'autonomie. Elles prennent tout leur sens au sein de la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement car elles ont nourri le débat et le projet de loi.

ii. Écllosion d'une nouvelle loi et de nouvelles politiques publiques en adéquation

Initié par l'un des ingrédients de la soupe primitive vu précédemment, un changement de paradigme important, relatif à un changement radical pour Chateauraynaud, surgit sur la scène politique à partir de 2014. En effet, la France assiste à l'explosion du nombre de personnes âgées, très âgées mais valides. Ainsi les politiques de la vieillesse ayant pour cœur de cible les personnes âgées dépendantes ne touchent qu'une petite partie de la population des aînés. En 2014, sur les 15 millions de retraités, seuls 1 200 000 personnes sont bénéficiaires de l'APA (extrait d'entretien, Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015 ; extrait d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014). Une politique publique peut être analysée comme un espace au sein duquel une société (ou du moins certains acteurs sociaux) se projettent dans l'avenir (Muller, 2000), il n'est donc plus possible de se concentrer uniquement sur les personnes en situation de dépendance comme cela a été le cas durant les vingt dernières années. Les écrits mettant en avant que cette population âgée allait peser lourd sur l'économie nationale se voient doublés par les écrits mettant en avant « *toutes les opportunités que le vieillissement pourra générer en matière industrielle et d'emploi* » (extrait d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014) : le discours a évolué, un changement de paradigme s'opère. Couplées aux statistiques, il devient

nécessaire d'orienter les politiques publiques vers le public âgé autonome pour qu'il le reste le plus longtemps possible. Dorénavant, l'ensemble des acteurs du vaste champ que représente le vieillissement se concentre sur l'anticipation des méfaits du vieillissement et ne s'adresse plus seulement aux millions de français dépendants mais aux dizaines de millions de personnes autonomes. Et plus encore, les politiques publiques vont s'orienter vers l'ensemble de la population et ne plus seulement prendre en compte les âgés. Il s'agit de s'adresser à toute la population qui sera un jour âgée.

« Et c'est pour ça que je ne voulais pas que ce soit une loi, que ce soit un rapport et d'ailleurs je le dis dans l'introduction de mon rapport, je ne voulais pas que ce soit un rapport sur les vieux. C'est un rapport sur tout ceux qui seront un jour vieux, c'est-à-dire tout le monde. » (extrait d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014).

Le regard politique a dévié, il ne se concentre désormais plus sur la dépendance mais sur l'autonomie. C'est en ce sens que le changement de paradigme a permis de placer l'aîné (et non plus l'hôpital) au centre des réflexions (Paris, Garon, Chapon, Laliberté, & Veil, 2013), ce qui sous-tend le passage d'une logique de réparation à une logique d'anticipation du risque (Rivière, 2014). Ainsi, les politiques ne doivent plus être sectorielles mais globales, ce qui rend compte des réelles ambitions des pouvoirs publics, nourries par différents experts. Aquino résume ce changement de paradigme en écrivant que nous sommes en train de passer à une « (...) culture de l'autonomie tout au long de la vie. » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014).

Ce que les trois rapports cristallisent de plus fort c'est sans doute ce changement de paradigme évoqué plus haut. L'utilisation même du terme d'autonomie est significative de changement, ainsi choisi il permet de valoriser les 92 % de personnes âgées autonomes. De plus, en ne parlant que de dépendance, l'inconscient collectif pense que la vieillesse n'est que dépendance, révélant alors la terreur de ce que l'on ne veut pas vivre, pas être et de ce que l'on fuit. Faussant l'image réelle de la vieillesse et du vieillissement cette stigmatisation favorisait de surcroît la mise à l'écart de ces vieux que l'on redoute d'être un jour nous-même. Ainsi, cette bascule des termes employés peut effectivement changer le regard de la population, lui proposant de manière implicite de casser l'équation « vieillesse = dépendance », de se rendre compte que celle-ci n'est

pas obligatoire mais que « vieillesse = autonomie » est bien la norme car elle représente la grande majorité.

« C'est une population [celle des âgés] qui est constituée de vieux qui ne le sont pas, c'est une immense majorité, sur les 15 millions de plus de 60 ans, ils sont 12 ou 13 millions » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014).

Les trois rapports permettent donc de proposer de « *changer le regard* » (extrait d'entretien, Martine Pinville, Rapporteuse de la nouvelle loi Autonomie, 26/11/2014) porté sur les âgés, que ce soit celui porté par la population mais surtout par les politiques publiques. Leurs auteurs en sont convaincus.

« C'est vraiment une culture qu'il faut changer. (...) Je dirai que pour moi la loi est la principale réussite (...) ce n'est pas tant ce qu'elle apporte à l'intérieur mais plutôt qu'elle représente ce changement. (...) Voilà, c'est ça. L'objectif pour moi, c'est ça. » (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014).

De manière générale, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les politiques de l'âge apparaissent encore très ciblées (sur un groupe aux contours flous : les « seniors », les retraités ou les « personnes âgées ») et sectorisées (dans le domaine de la santé ou des services sociaux pour l'essentiel) et l'idée est de pouvoir en changer (Pinville, 2013). Grâce aux sciences de l'agir (Delmas, 2001, p. 22) fournies par les experts (Aquino, Broussy et Pinville), cette nouvelle loi permet également d'avoir une vision transversale liée à la mise en place de politiques de l'âge. Fruit de travaux basés sur la prévention en santé, des mesures concrètes d'adaptation de la Société, avec un grand S (comprenant le domicile, le quartier, la ville, etc.), et des apports internationaux riches de réussite, la nouvelle loi va pouvoir *a priori* proposer quelque chose de transversal. C'est ce qu'on fait remonter ces trois rapports : une nécessaire vision globale pour les politiques publiques du vieillissement en santé.

Et cette globalité touche aussi la catégorie même des âgés. En effet, pour la première fois le gouvernement, au travers de cette nouvelle loi, se propose de s'adresser à l'ensemble des seniors

au contraire du Programme Bien Vieillir et du PNBV qui ciblaient de manière catégorielle les personnes âgées (respectivement les 50-65 ans et 50-70 ans).

« Il convient de rappeler que notre pays compte aujourd'hui 1,2 millions de titulaires de l'APA pour 15 millions de retraités. Dans 20 ans, la France comptera 2 millions de dépendants pour 20 millions de retraités. La perte d'autonomie est donc un aspect fondamental, mais un aspect seulement, des défis que la France va devoir surmonter pour affronter le vieillissement de sa population. », (Broussy, 2013, p. 18) ;

« Aujourd'hui dans les politiques publiques, ces gens-là [les non-dépendants] n'étaient pas dans les radars... La personne qui est très âgée, quel que soit son âge d'ailleurs, qui ne demande rien, elle n'est pas dans les radars de l'action sociale, elle n'est pas dans les radars de l'APA, dans les radars des Conseils Généraux, ni des Centres Communaux d'Actions Sociales – CCAS – (...). C'est un citoyen, une citoyenne mais elle n'est pas identifiée comme fragile particulièrement, sauf qu'elle l'est. » ;

« La loi d'adaptation est faite pour les deux premières catégories [les personnes âgées autonomes et fragiles] et non pas pour la troisième [personnes âgées dépendantes]. Les politiques publiques existent déjà pour la troisième catégorie. Les seules personnes qui étaient dans le radar des politiques publiques c'étaient justement les troisièmes, celles qui n'étaient absolument pas visées par des politiques spécifiques, c'est les deux premières. »
(extraits d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014).

Cette loi est *« un tout qui s'adresse à tout le monde »* (Aquino, 2013a, p. 10) car des mesures sont effectivement pensées aussi pour les personnes âgées dépendantes bien que le gros du travail concernent plutôt les autonomes et fragiles. Témoin de ce changement de paradigme, Laurence Rossignol (secrétaire d'Etat chargée de la Famille des Personnes Âgées et de l'Autonomie) soutient la volonté de ne plus catégoriser les politiques publiques. Ainsi, l'action publique fait de cette immense majorité de personnes vieillissantes son cœur de cible.

Dans un souci d'une approche globale, d'amélioration de l'organisation de l'ensemble des acteurs concernés, la loi permet d'améliorer la gouvernance au niveau local avec la Conférence des financeurs comme nous l'avons évoqué précédemment, et au niveau national avec le Haut

Conseil de l'âge (instauré par l'article 46, rassemblant le CNRPA et le Comité Avancée en Âge). Ce Haut Conseil vise la mise en cohérence de la conception et du suivi de la politique du vieillissement. La primauté de l'échelon local avait été mise en avant par les échelles supranationales nourrissant le débat et l'action au niveau français mais aussi par les trois experts mandatés. Ainsi, leurs propositions ont été prises en compte.

De plus, le projet de loi s'articule bel au bien autour de trois axes « adaptation, anticipation, accompagnement ». L'adaptation de la société est envisagée par la refonte des politiques publiques (en particulier celles concernant le logement, l'urbanisme et les transports) et le changement de regard porté sur le vieillissement, permettant alors la dé-stigmatisation des âgés.

L'anticipation est entendue comme accessible via une prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie. Et l'accompagnement vise à soutenir le maintien à domicile pour ceux qui le souhaitent même si une perte d'autonomie survient, sans oublier l'accompagnement des âgés en établissement médicalisé spécialisé.

Les trois rapports ont été pris en compte de manière effective par le gouvernement en grande partie grâce aux statuts des experts mandatés. Broussy en avait d'ailleurs bien conscience : fort de ses fonctions et du contexte politique de l'époque, il savait pertinemment que son rapport serait effectivement un soubassement de la future loi. Ce contexte politique particulier cristallise la réelle fenêtre d'opportunité qui permet aux décideurs politiques de lancer l'action publique.

Cependant Broussy note sa déception quant à l'examen, en première lecture, du rapport à l'Assemblée (le 17 septembre 2014).

« Dans les débats parlementaires, il n'y a aucune idée intéressante qui en est sortie. Ils ont pris la loi, ils ont amendé trois virgules, mais voilà. Je trouve que le travail parlementaire n'a pas été à la hauteur de l'ampleur de la loi. Mais pour une raison simple, c'est que ce secteur meurt des silos... La santé, le social, etc. La loi a été animée au Parlement par les habitués des débats sur les personnes âgées. Il n'y avait pas le spécialiste du transport, le spécialiste du logement, etc. (...) ils se sont pliés à la logique du texte qui leur est arrivé, sans tenter d'apporter des innovations majeures. (...) La loi sera adoptée à 90% de celle que l'on connaît aujourd'hui. » (extraits d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014).

Constituant une avancée certaine par la prise en compte des ingrédients indispensables à sa concrétisation, les sénateurs (Encart 14) ont adopté en première lecture, le 19 mars 2015, le projet de loi et ont voté une centaine d'amendements (s'ajoutant aux 140 amendements adoptés par la Commission des Affaires Sociales) « *sans grosse bataille et dans un climat unanimement jugé constructif* » (Maisonneuve, 2015a). À l'Assemblée Nationale, un an après la première lecture soit le 17 septembre 2015, le projet de loi a été adopté en deuxième lecture « *sans encombre (...) sans opposition frontale aux amendements présentés en séance par le gouvernement* » (Maisonneuve, 2015b). Aquino souhaite relever que vis-à-vis du nombre de votes positifs par rapport à la loi « *on est au-delà du clivage politique habituel.* » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014). Mais avec une loi qui concerne l'ensemble de la population en général, chaque citoyen en particulier, il semble moins étonnant que les clivages politiques aient été dépassés et qu'une entente politique ait été relevée.

- Voté en 1^{ère} lecture à l'Assemblée Nationale - 17/09/2014
- Voté en 1^{ère} lecture au Sénat - 19/03/2015
- Voté en 2^{ème} lecture à l'Assemblée Nationale - 17/09/2014
- Voté en 2^{ème} lecture au Sénat - 28-29/10/2015

Encart 14 – Chronologie projet de loi

Bien que les différences politiques aient été balayées lors du vote du projet de loi, les différences qui existent entre les administrations concernées ne l'ont pas été. « *Une vision globale transversale est souvent partagée mais ne permet pas toujours d'être concrétisée...* » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014). En effet, la mise en jeu d'une logique interministérielle a été prouvée, approuvée et entendue mais sa concrétisation est bien plus difficile à appréhender. Broussy note effectivement que :

« L'interministériel a joué un tout petit peu mais pas tant que ça. Mon rapport, je l'ai appelé "rapport interministériel" exprès, mais la réalité c'est que dès le début, je m'adresse à l'ensemble des membres du gouvernement quasiment mais ça ne s'est pas du tout passé comme cela. Le ministre ne vit que du projet qui va promouvoir lui-même. (...) Chacun a son axe. » (extraits d'entretien, Luc Broussy, 15/10/2014).

Pinville soulevait également que l'interministériel ne peut pas être concrétisé au niveau du gouvernement parce que les ministères sont de réelles administrations possédant des modes d'actions différents rendant la chose extrêmement complexe à mettre en œuvre de manière effective et efficiente. C'est pourquoi la loi prendra tout son sens au cœur des territoires et que *« tout va se jouer sur le suivi des mesures préconisées et sur leur évaluation »* (extrait d'entretien, Jean-Pierre Aquino, 30/10/2014). Il est alors primordial de procéder à des changements d'échelles (Faure et al., 2007) pensés en termes d'adaptations locales de mesures phares.

Aujourd'hui, nous pouvons dire qu'en France la prévention du vieillissement et des possibles maladies et dépendances qu'il entraîne, est pensée en terme d'adaptation (de l'habitat, du domicile, du travail, de la société, etc.). Au sein de la catégorie « personnes âgées » se retrouve une multitude de profils (Argoud, 2012) mais le fait de dépasser les catégories-cibles afin d'agir sur l'ensemble du parcours de vie des individus s'avère être une orientation novatrice permettant l'irrigation de l'ensemble de la société par la prévention. L'abandon de la catégorie d'âge, tant soutenu par Pinville, suppose de dépasser le cadre de la politique gérontologique pour prendre en compte l'ensemble des préoccupations des habitants vieillissants en fonction de leurs propres caractéristiques socio-économiques (Argoud, 2012).

« (...) c'est à un changement total de paradigme que vous appelle notre Mission interministérielle. A la fois parce que nous croyons qu'une telle révolution serait utile à la France ; mais aussi parce que nous pensons que les Français, citoyens, élus, responsables associatifs et publics, y sont désormais prêts. » (Broussy, 2013, p. 9-10).

Les politiques publiques servant à la fois à construire des interprétations du réel et à définir des modèles normatifs d'action, la nouvelle loi cristallise alors le changement de paradigme. La France pleinement saisie des notions clefs relevées par la soupe primitive précédemment élaborée et des fenêtres d'opportunités, nous retrouvons au sein du projet de loi les volontés d'anticipation, d'adaptation et d'accompagnement. Il n'est plus question de loi autonomie, dépendance ou de tout autre concept proche de ceux-ci, la priorité est de passer d'une société « excluante » à une société « inclusive ».

Ce projet de loi (Encart 15), doté d'un budget de 645 millions d'euros, lutte contre la catégorisation, contre le fait d'appréhender les personnes âgées qu'en termes de pathologies, de tranches d'âges et par « séquences » (monde médical, social, sportif, urbain, etc.). De plus, sont conjugués sans détour le Réseau Francophone VADA (RFVADA) et le projet de loi, vantant alors le mérite de leur modèle global, écologique, favorable à la liaison des séquences (exemple : le kinésithérapeute pourra agir directement avec le CCAS). Le projet de loi ainsi que le RFVADA sont intimement liés, le premier étant tout de même nettement tributaire du RFVADA et non l'inverse.

L'aboutissement de tout ceci serait, pour Rossignol (secrétaire d'État chargée de la Famille des Personnes Âgées et de l'Autonomie), que les communes mettent en place le principe de globalisation des actions afin de transformer les actions publiques. Afin de renverser le problème du vieillissement en solution, le besoin d'adapter la société, de s'adapter à cette révolution grise est indispensable. En outre, selon Pinville, nous retrouverons sur le terrain les effets de cette toute nouvelle loi dans une dizaine d'années. Cependant, le gouvernement est largement engagé dans une nouvelle conception et action politique, celle qui pose la question inenvisageable il y a encore 10 ans : « et si l'avancée en âge était plutôt un atout pour notre pays ? ».

Ce projet de loi, élaboré à l'issue d'une concertation auprès des acteurs concernés, a pour objet, selon le gouvernement, de « *répondre à une demande forte des Français d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques dans leur ensemble, alors qu'en 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans et*

que les plus de 85 ans seront près de 5 millions, contre 1,4 million aujourd'hui ». Il se divise, outre le titre préliminaire, en 6 titres.

Le titre préliminaire (articles 1^{er} et 2) contient les dispositions d'orientation et de programmation. Ainsi, l'article 1^{er} pose le principe général d'orientation et de programmation du projet de loi : *« l'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation »*.

Le titre Ier (articles 3 à 8) est relatif à l'anticipation de la perte d'autonomie. Il prévoit notamment le financement par la CNSA des actions de prévention de la perte d'autonomie sous la forme d'un concours versé aux départements et abondé par une fraction de la contribution additionnelle de la solidarité pour l'autonomie (CASA) (article 4) ; la lutte contre l'isolement par le financement par la CNSA de la formation de l'accompagnement des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social et par le financement de mesures d'accompagnement au profit des proches aidants ainsi que de formations des personnels administratifs des services à domicile (article 8).

Le titre II (article 9 à 28) porte sur les mesures d'adaptation de la société au vieillissement. Parmi les mesures proposées figurent des dispositions relatives à la vie associative, comme par exemple l'instauration d'un volontariat civique sénior (article 10) ; à l'habitat collectif pour personnes âgées ; aux territoires, aux habitats et aux transports ; aux droits, protection et engagements des personnes âgées. L'article 19 consacre ainsi le droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à un accompagnement respectant leur projet de vie ainsi qu'à une information adaptée sur cet accompagnement.

Le titre III (articles 29 à 45) traite de l'accompagnement de la perte d'autonomie. Ce titre se divise en sept chapitres : revaloriser et améliorer l'APA à domicile ; refonder l'aide à domicile ; soutenir et valoriser les proches aidants ; définir les modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles résultant des améliorations de l'APA ; soutenir l'accueil familial ; clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en EHPAD et améliorer l'offre médico-sociale sur le territoire.

Le titre IV (articles 46 à 55) est relatif à la gouvernance des politiques de l'autonomie. Sur le plan national, il crée un Haut Conseil de l'âge (article 46) et élargit les missions de la CNSA (articles 47 et 48). Sur le plan local, ce titre met en place la coordination dans le département (articles 52 à 54) et organise le contentieux de l'aide sociale (article 55).

Le titre V (article 56 et 57) contient les dispositions relatives à l'outre-mer, afin d'adapter le projet de loi aux départements et collectivités d'outre-mer (article 56) et aux collectivités d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy (article 57).

Enfin, le titre V (article 58 à 66) regroupe les dispositions transitoires et finales.

Encart 15 - Projet de loi

Pour conclure, le courant des politiques publiques s'appuie sur l'idée d'une soupe primitive dans laquelle sont mélangés les ingrédients de la future action publique, au sein de laquelle les acteurs gouvernementaux pourront prélever les solutions qu'ils souhaitent afin de répondre au problème identifié. Ces ingrédients (non issus du monde législatif, ou plus globalement politique mais bien d'expertises⁶²) cristallisent un ensemble de conditions qui font émerger une solution au problème public préalablement relevé, identifié et défini.

Le Programme Bien Vieillir de 2003 fait référence au début de l'action publique car il représente l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité ; dans le sens où fort du contexte politique favorable, il a réussi à déclencher les toutes premières actions publiques. Cependant, celles-ci sont restées très limitées, renforcées en 2007 avec le PNBV, la pleine action publique n'a tout de même pas pu être lancée. Son écho a là aussi été amoindri par le fait que le gouvernement était pris par d'autres priorités à l'époque. Puis, cette fenêtre d'opportunité a été pleinement dépassée et l'action effective des décideurs politiques a été entamée avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Favorisée par les « *reconfigureurs* » (Chateauraynaud, 2011, p. 139) ou encore

⁶² Au contraire des concepts de mise sur agenda et de fenêtre d'opportunité qui renvoient à un aspect politique.

les « lanceurs d'alerte » (Hassenteufel, 2008) que représentent les rapports Aquino, Broussy et Pinville, la mise en place d'une « reconfiguration » (Chateauraynaud, 2011, p. 139) est effective avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement. De plus, celle-ci va au-delà des effets d'annonce et des actes symboliques, ou encore d'« une logique d'affichage politique » (Hassenteufel, 2008, p. 12). Les Conférences des financeurs sont alors d'un enjeu primordial car elles sont synonymes du déploiement des politiques publiques de prévention du vieillissement en santé.

En effet, la mise en place des Conférences des financeurs cristallise le dispositif le plus important pour notre sujet d'étude. Elles rassembleront au niveau local les financeurs⁶³ de la prévention de la perte d'autonomie pour établir, sur le territoire départemental, un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires.

Celles-ci permettent de confier l'initiative d'exécution aux acteurs de terrain qui réalisent les actions en leur donnant un cadre et des objectifs. Nous verrons plus loin que des pré-configurations de celles-ci sont déjà en œuvre et fonctionnent, notamment en Région Île-de-France. Le Plan National d'action de prévention de la perte d'autonomie, composé de fiches actions, permettra d'ailleurs aux Conférences d'avoir tous les outils nécessaires au déploiement effectif des bonnes pratiques en faveur de la prévention du vieillissement en santé (contexte, enjeux, objectifs, mesures, outils, métiers impliqués, formations requises, opérateurs et critères d'évaluation).

Les caractères multisectoriels et multidisciplinaires qu'elles requièrent mettent en avant l'implication directe de différents opérateurs (issus de diverses sphères : urbaine, transport, travail, logement, sport, sociale et sanitaire) qui devront s'articuler. De plus, l'équilibre entre prévention collective et individuelle est demandé afin de palier, entre autres, aux inégalités sociales de santé.

⁶³ Sous la présidence du Président du Conseil Départemental, la vice-présidence du directeur général de l'ARS, elles regrouperont en théorie les représentants des autres collectivités territoriales contribuant au financement de la prévention de la perte d'autonomie, des régimes de base de l'assurance vieillesse et de l'assurance maladie, des fédérations des institutions de retraite complémentaire, des mutuelles ainsi que toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Les acteurs du monde sportif ne sont ainsi pas prévus « pour le moment » (extrait d'entretien, Martine Pinville, 26/11/2014).

PARTIE 2 - LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET LES DISPOSITIFS

L'évolution favorable de la place des activités physiques et/ou sportives comme facteur déterminant d'un vieillissement en santé : l'initiale prise en considération et hégémonie des APS, rattrapée par la montée en puissance et valorisation des AP

L'évolution de la prise en compte des APS/AP pour répondre aux problèmes liés au vieillissement sera la pierre angulaire de ce chapitre dans la mesure où la place qu'elles occupent au sein des différents écrits étudiés précédemment sera questionnée. Pourquoi et par quels moyens les APS/AP ont émergées comme vecteur favorable à la santé publique ? Pour l'étude de ce phénomène évolutif, la bascule du curatif au préventif (Bossy, 2010) dans le mode d'action des politiques sanitaires françaises au cours des années 1970 est fondamentale. En effet, elle permet de comprendre la légitimité reconnue aux APS/AP qui leur a fourni leur centralité au sein des politiques de prévention du vieillissement depuis les années 2000. Nous nous proposons de retracer les étapes du développement de la place des APS/AP, tant dans la littérature scientifique que dans les productions institutionnelles mondiales, européennes et nationales. Les modèles d'un vieillissement en santé mis en avant par les différentes échelles d'action seront questionnés, et nous verrons alors qu'historiquement l'importance appropriée à la pratique d'APS apparaît d'abord dans la littérature scientifique puis que la notion est reprise par de puissantes instances internationales qui sera à son tour relayée au niveau national. Le tout permettant d'encourager les acteurs aux échelles régionales, départementales et communales à les prendre en compte. La pratique physique pour les seniors est alors envisagée de manière différente, en fonction des acteurs qui s'emparent de la notion. C'est ainsi que les APS se distinguent très nettement des AP, faisant la part belle aux secondes plus qu'aux premières, initialement plébiscitées.

a. Des connaissances scientifiques de plus en plus précises

i. L'ouverture du champ épidémiologique des APS : conception énergétique de la pratique sportive

Si la pratique sportive puis la pratique physique peuvent apparaître comme un outil de prévention, c'est qu'il s'est constitué un corps de savoirs scientifiques liés au rôle des APS puis des AP dans le maintien et le développement de la santé.

L'apparition de la notion d'APS pensée comme un indispensable à un vieillissement en santé est d'abord apparue dans les textes scientifiques, phénomène révélateur d'« *une genèse hors des cadres politiques internationaux* » (Viriot-Durandal & Moulaert, 2014, p. 19). Les bienfaits d'un mode de vie actif physiquement ont effectivement été reconnus mais surtout publiés au sein du monde scientifique à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Pour la première fois (Aquatias et al., 2008, p. 633-650), en 1947, les spécialistes recommandent des pratiques physiques vigoureuses car se sont les seules à pouvoir avoir des effets bénéfiques sur la santé et prévenir certaines maladies chroniques (Cureton & Kasch, 1947). Des travaux scientifiques ont démontré qu'une dépense énergétique plus grande au travail est associée à une plus faible incidence de mortalité d'origine cardiovasculaire (Morris, Heady, Raffle, Roberts, & Parks, 1953). En revanche, Morris *et al.* ne s'intéressent au sein de leurs travaux qu'aux conducteurs de bus Londoniens, ainsi ils concentrent leurs études sur des adultes et non pas des personnes âgées retraitées. Nous n'avons pas encore de prescriptions précises en termes de pratiques physiques et sportives, mais, comme l'annonce Lee (Lee, 2008), ces premiers travaux permettent d'ouvrir le champ de « *l'épidémiologie des activités physiques* » basé sur des investigations épidémiologiques formelles sur l'association des pratiques physiques et de la santé. Ainsi, à cette époque et à l'international, s'ouvre le champ des études scientifiques permettant de conférer aux APS des vertus de santé (Aquatias et al., 2008, p. 633-650). Non encore centré sur un type de personnes en particulier comme les personnes âgées, les obèses ou encore les enfants, ce champ va permettre, au fil du temps, de légitimer la place des APS au sein des programmes de santé. Le premier temps fort se situe donc les années 1950 avec le lancement des études épidémiologiques corrélant meilleure santé et pratique sportive rigoureuse et intense. Quant à lui,

le deuxième temps fort prend forme dans les années 1960-1970. À l'international des groupes d'experts scientifiques (comptant entre autres des cardiologues) commencent à émettre des recommandations, avec des programmes d'activité physique, permettant d'améliorer sa santé. Ces recommandations, ou prescriptions, remplissent alors plusieurs missions. Elles informent via des repères clairs le grand public, que ce soit de manière collective et/ou individuelle, des pratiques à favoriser, à adopter, ou bien à éviter. De plus, elles s'adressent également aux professionnels et acteurs de santé, décideurs politiques et publics, organismes chargés de la surveillance de l'état sanitaire du pays ainsi qu'aux institutions. Les recommandations, qu'elles quelles soient, s'inscrivent dans un processus de « *dose-réponse* » (Aquatias et al., 2008). À savoir qu'une dose de quelque chose donne une réponse sur l'organisme. Ici, est étudiée la dose d'APS permettant d'obtenir une réponse positive sur l'organisme et *in fine* la santé (Haskell, 1994 ; Kesaniemi et al., 2001). Cette dose de pratique sportive est définie par la fréquence, la durée et l'intensité de la pratique en question. Les recommandations promeuvent ainsi le comportement à adopter pour retirer des effets favorables sur sa santé. Fort de cela, le President's Council on Physical Fitness édite un programme pour les adultes qui permet de bénéficier des bienfaits des APS sur la santé dès 1965 (Encart 16). L'American Heart Association en 1972 (American Heart Association Committee on Exercise, 1972) ou encore l'American College of sports Medicine quelques années plus tard, en 1975 et 1978 (American College of sports Medicine, 1975, 1978), émettent eux aussi des recommandations simples, visant à l'amélioration de la condition physique sur le plan cardiorespiratoire, avec l'intensité, la fréquence et la régularité que cela implique, c'est-à-dire élevées.

En outre, tous ces écrits sont fondés sur des expériences cliniques ainsi que sur les données scientifiques disponibles. L'ère des recommandations universelles s'ouvre ainsi en 1965.

Recommandation du President's Council on Physical Fitness (President's Council on Physical Fitness, 1965)

La première recommandation américaine faite au niveau national, délivrée par une organisation, propose aux Américains d'accroître leur santé physique (« (...) *to urge Americans to improve their physical fitness* », (Raven, Wasserman, Squires, & Murray, 2012, p. 30). Ces mêmes auteurs (Raven et al., 2012, p. 30) s'accordent à dire que cette recommandation généraliste équivaldrait aujourd'hui à demander à la population d'augmenter son taux de pratique d'activités et à faire l'exercice.

Encart 16 – Première recommandation liant APS et santé, President's Council on Physical Fitness

Les recommandations des années 1970 (American College of sports Medicine, 1975, 1978 ; American Heart Association Committee on Exercise, 1972) étaient axées sur une pratique vigoureuse et rigoureuse d'APS, elles visaient à augmenter la consommation maximale d'oxygène par la pratique d'une activité d'intensité élevée et assidue. Ainsi, il est devenu progressivement évident que celles-ci ne pouvaient raisonnablement pas s'appliquer à tout adulte désirant devenir actif, ou plus actif, en vue de prévenir les méfaits d'un mode de vie sédentaire. L'ACSM (American College of sports Medicine et al., 1995) prouve qu'effectivement la grande majorité de la population ne pratique pas d'APS selon un programme structuré. De fait, de nouvelles recherches de ce même institut voient le jour permettant de répondre à l'interrogation suivante : la pratique d'une activité physique qui ne respecte pas les recommandations en termes d'intensité, durée et fréquence ; est-elle tout de même bénéfique pour la santé ? Cette question est légitime au vu des ressources énergétiques que présuppose une activité intense. Ainsi, une activité pratiquée non intensément est-elle tout de même bénéfique pour la santé des individus ? Les organismes sanitaires des Etats-Unis se sont efforcés d'y répondre, et ce par l'affirmative.

- ii. Actualisation du champ épidémiologique : reconnaissance du bienfaits des AP, symptôme d'une pratique plus accessible, reflet des pratiques effectives

Sur la base d'études épidémiologiques, prospectives et cliniques, les autorités de surveillance de l'état sanitaire des États-Unis (Les Centers for Disease Control and Prevention – CDC – et l'ACSM) permettent un premier changement de paradigme : les plans d'entraînement rigoureux et vigoureux (faisant appel à une fréquence et une intensité élevées) ne sont pas l'unique voie pour parvenir à vieillir en santé. Une activité physique souple et adaptée est elle aussi bénéfique pour la santé. Ces autorités américaines offrent alors en 1995 les recommandations qui marqueront, encore aujourd'hui, la grande majorité des écrits (politiques, scientifiques, généralistes) faisant la part belle aux AP et non plus uniquement aux APS :

« (...) chaque adulte Américain devrait accumuler 30 minutes ou plus d'activité physique d'intensité modérée la plupart, et si possible tous les jours de la semaine. » (Pate et al., 1995).

Dès lors, l'individualisation⁶⁴ de l'intensité de l'activité physique est préconisée au sein des prescriptions. Et celle-ci est rendu possible grâce à l'utilisation d'un paramètre simple : une échelle visuelle analogique (également préconisée par l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale – INSERM – au sein des ses travaux de 2008). Ainsi, sur une échelle de 0 à 10, si la position assise est de niveau 0 et un exercice extrême, 10, une activité modérée correspond à 5-6 et produit alors une augmentation franche de la fréquence cardiaque et de la ventilation. Sur la même échelle, une activité intense correspond à une gradation de 7-8 et entraîne une augmentation importante de fréquence cardiaque et de ventilation.

L'AP fait donc référence à une pratique faisant intervenir une intensité dite modérée, au contraire de l'APS synonyme de pratique sportive qui renvoie à l'intensité élevée. L'intensité modérée peut sembler faire référence à une pratique vaste englobant un peu tout et n'importe quoi. Force est de constater qu'elle permet au contraire d'obtenir une valeur pragmatique pour les usagers. De plus, celle-ci permet par là même une adaptation à tous, et de surcroît une compréhension de tous. En effet, l'intensité modérée, largement cristallisée autour de la pratique d'une marche rapide, est

⁶⁴ Minimisant le choc qui peut apparaître entre une recommandation universelle et un parcours de vie.

compréhensible et représentable pour plus de personne qu'une activité équivalent à 3-6 fois la dépense du repos, à une marche de 4-6 km/heure ou encore une intensité comprise entre 50-70 % de la puissance maximale aérobie. Le repère de la marche rapide ou de l'intensité modérée est effectivement plus adéquat que la référence à une vitesse ou à une dépense énergétique. Compte tenu de l'hétérogénéité des niveaux d'aptitude physique des sujets âgés, pour certains d'entre eux une activité d'intensité modérée correspondra à la marche normale, alors qu'elle fera référence pour d'autres à la marche rapide (la marche à 6 km/heure pourrait se révéler être très intense pour certains seniors ou au contraire ordinaire pour d'autres).

En 2014, l'ACSM (Pescatello & American College of sports Medicine, 2014) retravaille ses recommandations et lie les deux pratiques : APS à intensité élevée et AP à intensité modérée. Celles-ci sont préconisées en fonction de l'état de santé de l'individu souhaitant se mettre en mouvement. Pour la première fois, l'ACSM tient compte des spécificités qui peuvent impactées la vie physique des individus. C'est ainsi que les intensités modérée⁶⁵ à intense⁶⁶ (« *vigorous* » dans le texte) sont recommandées pour la majorité et les intensités faible⁶⁷ à modérée le sont pour les individus fragiles (« *deconditioned* » dans le texte). Pour les intensités modérées, il faudrait accumuler au moins 30 à 60 minutes par jour pour atteindre entre 150 et 300 minutes par semaine d'exercice physique. Pour les activités intenses, il est recommandé d'accumuler au moins 20 à 30 minutes par jour pour atteindre entre 75 et 100 minutes par semaine. Il est aussi possible de combiner les deux intensités. Le triptyque d'activités pour ce type d'exercice physique conseillé est la marche, les activités aquatiques et le vélo d'appartement (« *stationary cycle* » dans le texte).

⁶⁵ 40-60 % de la fréquence cardiaque maximale, correspondant à une intensité comprise entre 5-6 sur une échelle allant de 1 à 10.

⁶⁶ 60-90 % de la fréquence cardiaque maximale, correspondant à une intensité comprise entre 7-8 sur une échelle allant de 1 à 10.

⁶⁷ 30-40 % de la fréquence cardiaque maximale, correspondant à une intensité comprise entre 3-4 sur une échelle allant de 1 à 10.

iii. La spécificité de la pratique physique des seniors : spécialisation des recommandations antérieures

En 1998, l'ACSM s'efforce d'offrir une prescription concernant le public senior, c'est ainsi que pour la première fois au niveau international des recommandations spécifiques sont éditées. Toutefois, la courbe dose-réponse des effets positifs de l'activité physique sur la santé des seniors n'est pas clairement établit. En effet, pour que le public âgé de 65 ans et plus lutte contre les facteurs de risques cardiovasculaires, il faut que l'AP soit pratiquée à une intensité relativement élevée afin d'augmenter la consommation maximale d'oxygène (American College of sports Medicine, 1998). Continuant dans la lancée des recommandations spécifiques, les recommandations de 1995 ont fait l'objet d'une mise au point en 2007 lors d'une publication conjointe de l'ACSM et de l'AHA (Haskell et al., 2007). Cette publication est une première dans le sens où elle produit deux documents, pour deux types de public : les moins de 65 ans et les plus de 65 ans. Ainsi, nous obtenons des recommandations spécifiques aux seniors et non plus des prescriptions transférées du public adulte comme cela a été le cas pour les écrits précédents (ministère de la santé et des solidarités, ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, & ministère de la jeunesse, des sports et de la Vie Associative, 2007 ; Sweden & National Institute of Public Health, 2004). Rappelons qu'en 1998, l'ACSM (American College of sports Medicine, 1998) avait publié des recommandations intenses pour les seniors cristallisant une première au niveau mondial et qu'en 2002 l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2002) avait proposé une prescription bien trop généraliste et très peu précise. Elle ne recommandait qu'une pratique « *modérée et régulière* », rien de plus. Non sans conséquence, cette mise à jour des prescriptions (adaptées au public de 65 ans et plus) permet premièrement d'affiner grandement les dernières recommandations internationales disponibles et, par là même, de laisser apparaître de nouvelles prescriptions. Les auteurs avaient l'intention de fournir des recommandations de santé publique plus explicites, que celles connues jusque-là, concernant le type et le volume d'AP nécessaires pour maintenir, voire améliorer, l'état de santé général. En ressort pour la première fois le besoin d'exercices de souplesse, d'équilibre et de renforcement musculaire pour les aînés (Encart 17). De plus, est précisé que plus le senior pratique intensivement et/ou longtemps, plus il en retirera des bénéfices sur sa santé (en respectant bien évidemment les temps de repos préconisés entre deux sessions intenses).

1. Semaine type pour une pratique modérée

Nous pouvons, grâce à cette mise à jour de 2007, élaborer une semaine type pour les seniors s'adonnant à une pratique modérée⁶⁸. Les prescriptions sont le minimum pour retirer un rapport dose-réponse bénéfique.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	Aérobic	Aérobic		Aérobic	Aérobic	Aérobic
Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre
		Souplesse			Souplesse	
R.M.			R.M.			

Aérobic : 30 minutes en continu ou par session de 10 minutes ; souplesse : 10 minutes ; R.M. (renforcement musculaire) : 8 à 10 groupes musculaires avec 10 répétitions par groupe musculaire.

2. Semaine type pour une pratique intense

Nous pouvons également élaborer une semaine type pour les seniors s'adonnant à une pratique intense⁶⁹. Les prescriptions sont ici aussi le minimum pour retirer un rapport dose-réponse bénéfique.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Aérobic		Aérobic		Aérobic		
Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre	Équilibre
			Souplesse			Souplesse
	R.M.			R.M.		

Aérobic : 20 minutes en continu ou par session de 10 minutes ; souplesse : 10 minutes ; R.M. (renforcement musculaire) : 8 à 10 groupes musculaires avec 10 répétitions par groupe musculaire.

Encart 17 – Semaines types : intensité modérée et intensité élevée (Haskell et al., 2007)

⁶⁸ Intensité comprise entre 5-6 sur une échelle allant de 1 à 10.

⁶⁹ Intensité comprise entre 7-8 sur une échelle allant de 1 à 10.

En 2010, l'ACSM met une nouvelle fois à jour les recommandations minimales à mettre en application afin d'obtenir des effets positifs sur la santé (ACSM, Humphrey, Bryant, & Mahler, 2010). Ainsi, il est recommandé de pratiquer une activité de type aérobie, à intensité modérée pendant 150 minutes par semaine. Devrait y être ajouté du renforcement musculaire deux fois par semaine incluant le travail de six groupes musculaires (bras, épaules, dos, poitrine, jambes et abdominaux). Il conviendra de faire huit à dix exercices par séance, chacun composé de 10 à 15 répétitions, avec une à trois séries, à intensité modérée. Puis des assouplissements sont conseillés au moins deux fois par semaine (10 à 30 secondes par étirements avec deux à quatre répétitions par exercice) et enfin, du travail d'équilibre est également recommandé.

Finalement, en l'espace de 40 ans nous assistons à l'éclosion des études épidémiologiques sur le sujet (1947-1953), viennent ensuite les débuts des recommandations universelles (1965-1975), puis l'adaptation de celles-ci aux adultes (1995-1996). Mais il faudra cependant attendre la publication du rapport du Surgeon General des États-Unis (Health & Services, 1996), pour que les recommandations soient largement diffusées, touchant alors autant les professionnels que le grand public. La volonté est clairement de pouvoir fournir et offrir un message de santé publique pour encourager l'adoption d'un mode de vie actif à des populations majoritairement sédentaires (Aquatias et al., 2008, p. 636). Les recommandations sont ainsi résumées : « *il est recommandé que tous les adultes pratiquent 30 minutes d'activités physiques à une intensité modérée de façon quotidienne* » (Comité Scientifique de Kino-Québec, 1999), bien que les auteurs s'accordent (tout comme ce fut le cas pour l'écrit de l'OMS et de la FIMS en 1995) sur le fait qu'une pratique plus poussée (plus intense et/ou de plus longue durée et/ou plus fréquente) permet d'obtenir de plus grands bénéfices sur la santé.

L'ACSM et les CDC des États-Unis permettent la diffusion de ces séries de recommandations concernant la quantité d'AP requise pour protéger son capital santé (Pate et al., 1995) et l'INSERM au travers de son expertise collective sur les contextes et effets des activités physiques sur la santé (Aquatias et al., 2008, p. 104-107), s'est proposé de livrer, et donc de diffuser sur le territoire français, les recommandations mises à jour en 2007 par l'ACSM (Haskell et al., 2007). Cette ouverture du champ épidémiologique des APS et l'actualisation régulière des contenus permettent de doter la pratique des APS/AP d'une légitimité scientifique. Celle-ci est une vertu

que les politiques publiques exigent afin de s'en saisir pleinement pour nourrir et servir les actions publiques. En effet, deux auteurs dont les recherches s'intéressent aux politiques du risques, montrent que les décideurs ont besoin d'ancrer leurs actions publiques sur des données probantes (« *evidence-based policy* ») telles que des données épidémiologiques. Ainsi, « *l'information technico-scientifique occupe une place centrale* » (Jacob & Schiffino, 2007, p. 11). Nous verrons par la suite que les actions publiques françaises et les acteurs privés et/ou publics (ministères concernés, organes déconcentrés de l'État, acteurs associatifs ou encore acteurs de la santé) tiennent effectivement compte des données scientifiques au fur et à mesure de leur diffusion, et qu'ils les brandissent comme un atout indiscutable.

b. L'opérationnalisation des recommandations scientifiques

Nous avons vu que l'enjeu du vieillissement est un enjeu mondial de par les conséquences sanitaires, sociales et économiques qui lui sont associées. Mais l'OMS estime que les pays peuvent se permettre de vieillir si les Gouvernements, les organisations internationales et la société civile adoptent des politiques et des programmes qui nous aident à « *vieillir en restant actif* », c'est-à-dire qui favorisent « *la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2002, p. 6). La prévention du vieillissement par les APS/AP est reconnue comme permettant de favoriser le bien-être physique (argument n°1), psychique (argument n°2) et social (argument n°3) des personnes âgées, sans occulter le bien-être économique du pays en question (argument n° 4). La pratique physique par les populations vieillissantes cristallise ainsi un argument fort, en plus d'être doté d'une légitimité scientifique. Ainsi, les recommandations sont sorties de la sphère purement scientifique pour faire leur entrée au sein de la sphère politique. Ces mises en mouvements deviennent un carrefour qui rassemble différents objectifs liés au vieillissement en santé. Forte de ses avantages reconnus scientifiquement, la pratique est alors envisagée comme étant l'une des solutions pour permettre aux aînés de rester actifs. Elle devient un défi mondial ; elle doit aider les seniors à rester indépendants et actifs.

Mais parlons-nous d'APS, d'AP, d'APA ou encore d'APAS ? La pratique physique est une nébuleuse aux contours flous qui définit des pratiques bien différentes. Tantôt préconisées, tantôt

délaissées, nous nous interrogeons sur l'évolution qu'ont subi ces APS/AP, leurs définitions, mais plus encore, nous nous interrogeons sur leur apparition au sein de recommandations de santé et sur leur évolution, au sein de différentes politiques et actions publiques. Finalement, nous interrogeons le type de prescription qui est fait afin d'obtenir un vieillissement réussi au fil du temps et nous verrons ainsi que l'activation physique des corps vieillissants n'est pas entendue de la même manière en fonction des périodes étudiées et des acteurs s'en saisissant.

En effet, nous retrouvons deux visions de l'activité physique pour les seniors. L'une promeut une APS plutôt synonyme d'adhésion à un club ou une association sportive ou mettant en jeu des pratiques telles que la natation, la gymnastique ou encore la randonnée pédestre. L'autre est plutôt entendue sous l'angle de l'activation physique générale, comme aller chercher son pain à pieds, descendre un arrêt de bus avant l'arrêt habituel, privilégier l'escalier à l'ascenseur ou encore jardiner. Cette dernière vision, d'actualité pour les politiques européennes et françaises, intègre alors pleinement le milieu de vie du senior, Ainsi, il doit nécessairement y être adapté (au senior et à cette nouvelle pratique physique). Et c'est en ce point précis que réside l'enjeu des politiques publiques contemporaines.

La scission au sein des recommandations émises par les autorités scientifiques et sanitaires américaines offre alors la possibilité d'une double pratique pour le public senior, la pratique d'APS et la pratique d'AP. Ainsi, deux modèles de mise en mouvement se dessinent dont résulteront des modèles d'interventions distincts, portés par des acteurs différents que nous étudierons au sein du chapitre suivant.

i. La pratique d'APS : profil de seniors sportifs licenciés en associations synonyme d'intégration par le monde sportif

Nous avons vu que les recommandations élaborées à partir des années 1970 jusqu'aux années 1990 étaient fondées sur un modèle d'entraînement physique et de développement de la condition physique avec comme objectif principal d'améliorer la capacité cardiorespiratoire (estimée par le VO₂ max) du sujet. Celles-ci serviront de base aux écrits promouvant la pratique sportive pour le maintien de l'autonomie des seniors.

Au début des années 2000, la volonté du Gouvernement français est de promouvoir des comportements qui retardent les effets du vieillissement, préviennent la maladie et assurent une réelle qualité de vie. Pour cela, deux solutions sont énoncées : l'activité physique couplée à une alimentation saine. Ainsi, en 2003 est initié un programme promouvant la pratique d'APS par les seniors français (ministère délégué aux personnes âgées, 2003) où la légitime reconnaissance des APS, et d'une alimentation équilibrée, comme moyen efficace de lutter contre le vieillissement est appuyée par des justifications physiologiques, psychologiques, sociales, économiques (réduction des dépenses de santé) ainsi qu'en terme d'image (promotion d'une image positive et active des seniors)⁷⁰. Initié tardivement selon Henaff-Pineau (Henaff-Pineau, 2008, p. 119), il a permis d'ouvrir l'ère du soutien aux fédérations sportives capables d'offrir une pratique sportive aux personnes de plus de 55 ans. En effet, cette promotion de la santé et du bien-être, inscrite dans une perspective énergétique due au succès du Plan National Nutrition Santé de 2001, s'est cristallisée autour d'actions d'expérimentation au sein de 17⁷¹ villes françaises. Mené en partenariat avec le ministère en charge de la santé et le ministère de la jeunesse, des sports et de la Vie Associative, l'intention de ce programme est claire : la pratique sportive et la santé sont indissociables, surtout après 55 ans. Afin de déployer et de rendre effective la pratique des APS, deux niveaux d'intervention sont convoqués. Schématiquement, l'État émet les objectifs

⁷⁰ Des références explicites en ce sens sont présentes au sein du programme, bien qu'il n'y ait pas une bibliographie précise des différents travaux scientifiques utilisés.

⁷¹ Amiens, Clermont-Ferrand, Evreux, Fort-de-France, Lingolsheim, Lodève, Nancy, Nice, Pau, Rennes, Royan, Saint-Omer, Toulon, Toulouse, Valence, Versailles et le CREPS d'Houlgate. Notons, que les villes de Nice, Rennes et Versailles ont été labélisées ville « Bien Vieillir, Vivre ensemble » en 2010 et que Rennes et Royan ont été labélisées « Villes amies des aînées ».

généraux et opérationnels et les collectivités locales (communes, communautés de communes ou d'agglomérations et organismes déconcentrés relevant du ministère des sports) les appliquent. Ainsi, le Programme Bien Vieillir a la volonté d'unir les acteurs⁷² responsables d'un vieillissement en santé. La centralité donnée aux collectivités locales au sein des initiatives de terrain permet d'ériger la notion de proximité comme élément de succès et la pratique sportive en club est promue.

Nourri par le projet européen « *Healthy Ageing* »⁷³ (Sweden & National Institute of Public Health, 2004, p. 17) mais surtout fort des évaluations et des enseignements du Programme Bien Vieillir de 2003, l'initiative expérimentée sur 17 communes se mute en volonté d'uniformiser et de diffuser cette dynamique sur l'ensemble du territoire français. En 2005 et 2006, ont ainsi été favorisés les projets (privés ou publics) inscrits dans cette dynamique. Deux fois 3 millions d'euros (3 millions en 2005, 3 millions en 2006) ont permis de subventionner des centaines d'actions (187 précisément) dans toute la France, (plus d'1/3 venait du monde associatif sportif). Face à la dynamique positive émanant de ces projets sur le Bien Vieillir, Philippe Bas (ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille), demande à l'été 2006 au Docteur Aquino de rédiger un véritable Plan National Bien Vieillir (PNBV). Ainsi, lors de la clôture du colloque « Bien vieillir » le 24 janvier 2007⁷⁴, Philippe Bas, présente les suites du Programme Bien Vieillir lancé en 2003 par le Docteur Michlich et réactivé en 2005 et 2006 par le financement d'actions locales.

« En France, 70 % des hommes de plus de 90 ans sont autonomes ! Après avoir rajouté des années à le vie, il faut maintenant rajouter de la vie aux années » (extrait de l'intervention de Philippe Bas, lors du colloque du 24/01/2007).

⁷² Seniors et pouvoirs publics (interministériel).

⁷³ Qui montre que les actions qui orientent les personnes vers un spécialiste des activités physiques sont un moyen efficace d'augmenter le niveau d'activité physique chez les personnes âgées.

⁷⁴ Colloque rassemblant, sous la volonté de P. Bas, médecins, sociétés savantes, spécialistes des activités sportives pour les seniors ou encore acteurs du développement des territoires. Il permet au Docteur Aquino d'y exposer le PNBV.

Le PNBV prône le fait que les APS doivent être considérées comme « *un modèle thérapeutique à part entière et validé dans la prise en charge de nombreuses pathologies* » qui prévient « *la dépendance physique, les chutes* », contribue à une meilleure qualité de vie et participe « *au recul du sentiment de diminution des capacités physiques* » des personnes âgées. Basée sur les recommandations émises au niveau international, la promotion des APS est toujours proposée selon la vision énergétique et licenciée, et ce au travers de cinq mesures. Tout d'abord avec la création d'un annuaire des associations sportives proposant des activités spécifiques pour les seniors. Mais aussi en renforçant le soutien offert aux fédérations sportives s'adressant aux seniors, en formant des professionnels (créer des formations spécialisées, adaptées au public senior au sein des diplômes existants ou de diplômes spécialisés notamment les diplômes délivrés par le ministère de la jeunesse, des sports et de la Vie Associative), en évaluant les aptitudes physiques des seniors (qui permettra d'élaborer des recommandations pour définir le contenu médical de l'examen préalable à la rédaction d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport au public senior) et en renforçant la communication auprès des seniors par une journée portes-ouvertes des fédérations sportives et de loisirs. L'ensemble de ces mesures est censé favoriser la promotion de la pratique sportive chez les personnes âgées.

En plus de promouvoir la pratique sportive en club ou en association au travers de ces 5 mesures, le PNBV permettra la réédition (2006 et 2008) de guides, via des mesures prévues par les axes 1⁷⁵ et 2⁷⁶ du PNBV. Ainsi, le guide pratique « *Manger, bouger... et vivre en forme !* » de l'INPES, sous l'égide du ministère de la Santé (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2006) s'inscrit dans le même ordre d'idée. Il porte l'ambition d'informer de manière claire et concise les personnes de 55 ans et plus sur les besoins en apports et dépenses énergétiques, vision dominante qui exclue parfois les notions de loisir, de plaisir et de détente. Associé au PNNS, le guide est diffusé aux seniors via les mairies, les CCAS et également disponible à la demande auprès de l'INPES. En page 2, il jette les bases d'un bien vieillir : il faut « *manger mieux* » et « *bouger tous les jours* ». Tout comme au sein du Programme Bien Vieillir de 2003 et du PNBV de 2007, les APS sont plébiscitées : « *Intégrer dans la vie quotidienne : l'activité sous toutes ses formes (marche, vélo, jardinage...) et les activités sportives (gymnastique, yoga, natation...)* » (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé,

⁷⁵ Dépister et prévenir lors du départ en retraite les facteurs de risque d'un vieillissement.

⁷⁶ Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans.

2006, p. 14-15). Étant à lui seul un argument d'autorité, ce guide conseille au senior qui « *se dépense beaucoup* » et qui « *fait du sport* » (profil type en page 34) d'être vigilant sur son alimentation qui doit couvrir ses dépenses énergétiques et de ne pas omettre un suivi médical régulier. En page 40, nous retrouvons un second profil envisagé par l'INPES « *J'aimerais reprendre une activité physique ou sportive* ». Ici est alors conseillé de reprendre en douceur, d'adapter son alimentation et un grand nombre d'exemples d'activités est proposé. Les APS font ici partie d'un ensemble favorable à un bien vieillir : l'équilibre nutritionnel au sein duquel sont à doser l'apport énergétique dispensé par l'alimentation et la dépense énergétique possible par les APS. Toujours entendues dans une perspective énergétique, les APS conseillées pour ce type de public font références à un engagement dans un club où l'encadrement de seniors sportifs est effectif.

Parallèlement, la France appuie encore un peu plus l'importance de pratiquer un sport pour être en bonne santé via une proposition de loi qui vise à faire progresser l'idée d'un « sport-santé » dans la société française (proposition n° 2872, enregistrée à la présidence de l'Assemblée Nationale le 19/10/10). Le sport-santé représente dès lors un « *enjeu social très fort* » mais surtout, il détient un « *rôle en matière de santé publique* » (exposé des motifs). En effet, en 2007 le ministère de la Santé et des sports a été constitué. Pour « *la première fois dans l'histoire de la République, le sport et la santé ont été rassemblés sous l'autorité d'un même ministère. Si un premier pas a été franchi, il n'en demeure pas moins que l'idée de sport-santé doit encore progresser* » (exposé des motifs). L'article 3 de la proposition de loi vise à la mise en place d'un label « sport-santé » pour tout acteur y prenant part. Ce processus de labellisation pousse, selon Broussy, les différents acteurs à s'engager dans une démarche nouvelle. De plus, l'article 4 se concentre sur les seniors appuyant encore une fois la volonté d'offrir aux personnes âgées des conseils, et plus encore des exercices clefs en main pour favoriser leur pratique sportive. Nous voyons bien que la place du sport-santé ne fait qu'augmenter dans les préoccupations nationales, tributaires des constats scientifiques et de leur diffusion au niveau mondial et européen. Certes l'idée que le sport est bon pour la santé à tout âge a fait son chemin, mais n'occultons pas la part économique que représente de telles actions politiques. Il y a, économiquement parlant, beaucoup à gagner, ou du moins à « moins perdre ». L'OMS souligne effectivement que le maintien d'une activité physique comporte des avantages économiques. Les frais médicaux des personnes âgées

actives sont nettement moins élevés que ceux des inactifs, de plus, les études scientifiques menées ont estimé qu'un dollar consacré à des mesures visant à favoriser une activité physique entraîne une économie de 3,2 dollars rien que pour les frais médicaux (Centers for Disease Control, 1999).

L'idée que l'intervention au niveau local est un gage de réussite dans le maintien d'un certain niveau d'activité sportive auprès des personnes âgées est toujours présente⁷⁷, en conséquence les seniors actifs deviennent nécessairement le cœur de cible des politiques publiques locales. De surcroît, les acteurs locaux doivent se saisir de ces données et effectivement proposer des modèles d'interventions qui permettront leurs concrétisations.

Permettant la diffusion des recommandations réactualisées en 2010 (Organisation Mondiale de la Santé, 2010) grâce aux avancées scientifiques faites dans ce domaine (par les autorités sanitaires des États-Unis), l'OMS les intègre à la Charte de Toronto (Powerful, 2010). Non fondamentalement différentes des précédentes, deux nouveaux concepts apparaissent tout de même. Tout d'abord, la contrainte de fréquence quasi-quotidienne (cinq fois par semaine au minimum avec si possible une pratique quotidienne) est assouplie en l'absence de données scientifiques justifiant l'intérêt de pratiquer quotidiennement (Vuillemin, 2011). Ainsi, c'est une quantité globalisée sur la semaine complète qui importe dorénavant (Murphy, Blair, & Murtagh, 2009). Le senior pratiquant peut alors tout à fait faire ses 2h30 (minimales recommandées) d'activité de type aérobie modérée sur 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 jours. De plus, si la personne âgée décide de s'adonner à des pratiques intenses, elle peut alors faire moitié moins de temps que les prescriptions adéquates aux activités d'intensité modérée car elles correspondent à une dépense énergétique deux fois plus importante (Vuillemin, 2011). Et enfin, nous possédons dorénavant les seuils maximaux et minimaux de pratique : il est conseillé aux seniors de faire au maximum 5h d'activité modérée ou 2h30 d'activité intense par semaine, et au minimum 2h30 d'activité modérée ou 1h15 d'activité intense par semaine (avec la possibilité de recourir à une combinaison équivalente d'activité modérée et intense permettant d'arriver à ses seuils). Conséquente en terme de mise en pratique, ces recommandations diffusées par l'OMS ne laissent

⁷⁷ Partenariat avec différentes collectivités pour « dispenser auprès des personnes âgées des fiches conseils et des fiches d'exercices de sport-santé », article 4.

pas de place à l'activation générale des corps mais font bien plus écho à une pratique physique soutenue et assidue.

Seulement, certains écrits mêlent à la fois les APS et les AP, au sein d'un même document. Ainsi, fruits d'un mélange des prescriptions de l'ACSM de 1998⁷⁸ pour senior et de l'OMS de 2002⁷⁹, les recommandations émises par le Programme Bien Vieillir de 2003 mettent sur un pied d'égalité la pratique intensive et la pratique modérée :

« 30 minutes par jour d'activité physique modérée, 5 jours par semaine, ou 3 fois par semaine 20 minutes continues d'activité intense élevée. » (ministère délégué aux personnes âgées, 2003, p. 12).

Tout comme le PNBV via l'édition d'un passeport (ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2007b) remis à tous les nouveaux retraités à l'occasion de l'entretien pour le départ en retraite, dans les agences locales d'assurance vieillesse et dans les points d'accueil retraite. Celui-ci, en plus d'informer et d'agir directement sur les ressortissants (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) recommande autant les APS que les AP pour le maintien d'un état de santé satisfaisant, l'important étant surtout de bouger.

« C'est le moment de vous mettre à la gymnastique, à la natation, à la marche ou au jardinage... » (ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2007, p. 6).

Clairement, les guides remis aux seniors eux-mêmes mettent en avant l'importance d'une mise en mouvement, de manière générale, qu'elle fasse appel aux APS (gymnastique, natation, marche) ou à une activation générale des corps (jardinage). Un entre deux permettant dans un unique document de toucher plus de seniors.

⁷⁸ Activité d'intensité relativement élevée pour des effets positifs contre les risques cardiovasculaires.

⁷⁹ Pratiquer régulièrement une activité physique modérée et régulière.

Au sein de la sous-partie suivante, nous verrons que des écrits promeuvent quant à eux la pratique d'AP, au détriment des APS.

- ii. La pratique d'AP : intégrée dans la vie quotidienne des seniors synonyme d'activation générale des corps et de prise en considération par l'ensemble des acteurs de la cité

Souffrant de trop nombreuses coupes dans les recommandations initialement publiées dans la sphère scientifique (ACSM, AHA, CDCP, etc.⁸⁰), les comportements allant « au-delà⁸¹ » des recommandations issues de la prescription « de base » peuvent faussement être perçus de manière négative. En effet, s'adonner à une pratique intensive à plus de 65 ans peut être jugée comme comportement et pratique « à risques ». Alors que les autorités sanitaires américaines ont prouvé des effets bénéfiques supérieurs sur la santé que procurent des pratiques intenses. En outre, le niveau inférieur peut lui aussi être perçu de la mauvaise manière dans la mesure où il peut représenter dans l'inconscient collectif un taux « normal » de pratique. Alors que celui-ci n'est pas neutre, il impacte effectivement négativement la santé du senior. En-deçà des recommandations (si la valeur minimale des 30 minutes de marche quotidienne n'est pas atteinte), le sujet est qualifié de sédentaire (Aquatias et al., 2008, p. 645). Les recommandations ne peuvent ainsi pas être entendues comme ce « qu'il faut faire » mais bien plus comme « le minimum à faire » si l'on veut obtenir des bienfaits sur sa propre santé (Encart 18). Tout en soulignant que « l'au-delà » des recommandations minimales est encore plus bénéfique pour un vieillissement en santé et que « l'en-deçà » l'impacte négativement.

⁸⁰ ACSM : American College of sports Medicine, AHA : American Heart Association, CDC : Centers for Disease Control and Prevention.

⁸¹ C'est-à-dire celles qui dépassent les minimas recommandés.

Représentation schématique de l'influence des recommandations internationales, reprises au niveau européen et français

Plus fréquente, plus intense, plus longue.

- Au-delà : Effets bénéfiques exponentiels suivant la pratique jusqu'à un certain seuil.

Fréquence minimale, intensité minimale, durée minimale.

- Minimales : Effets bénéfiques sur la santé.

Moins fréquente, moins intense, moins longue ou absence de pratique physique.

- En-deçà : Aucun effet bénéfique, voire effets négatifs sur la santé.

- Seuil maximal : 5h d'AP/APS à intensité modérée par semaine et 1h40 d'AP/APS pratiquées à intensité élevée ;
- seuil minimal : 2h30 d'AP/APS à intensité modérée par semaine et 1h15 d'AP/APS pratiquées à intensité élevée (American College of sports Medicine, 2014).

Les recommandations largement diffusées ne sont pas « en haut » des comportements à adopter mais bien au milieu.

Encart 18 - Dose/réponse des recommandations internationales (American College of sports Medicine, 2014)

Ainsi, les recommandations plus récentes sont plus pragmatiques que les premières, ne prennent pas en compte « l'au-delà », s'adressent à la population générale et en particulier à la catégorie des sédentaires ou peu actifs, dans une perspective de promotion de l'activité physique au sens large. L'idée du Gouvernement français est belle et bien de fournir un message de santé publique clair et concis pour favoriser l'adoption d'un style de vie plus actif. Dès 2001, les notions d'activation générale de la population font partie des plans de santé publique. Ainsi, le PNNS 1 (ministère de la santé et des solidarités, 2001) vise à encourager la population entière à faire « *au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour* ». La mise en mouvement est envisagée de manière très généraliste, faisant référence à une activation générale des corps plébiscitée par l'OMS : « *pratiquer régulièrement une activité physique modérée et régulière (...)* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2002, p. 22).

Poursuivant ces objectifs, les guides de l'INPES envisagent la pratique de la même façon (Encart 19) pour les seniors qui « *ne se dépensent pas beaucoup* » et qui « *n'aiment pas le sport* » (p.36). Il leur est effectivement préconisé de marcher et de profiter de certaines opportunités de la vie quotidienne pour « *bouger* », comme de préférer les escaliers à l'ascenseur, bricoler, jardiner, faire le ménage ou encore aller danser. Bien loin des visions énergétiques recensées au sein de la sous-partie précédente, l'AP intégrée dans la vie quotidienne semble bien plus en accord avec les pratiques réelles des personnes non sensibilisées à la pratique sportive.

Recommandations APS (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2006, p. 14-15)



Encart 19 – Guide INPES : recommandations AP

En revanche, malgré ces écrits, la mise en activité des sédentaires reste un problème central. Avec le concours des quatre rapports précédemment analysés (les rapports Aquino, Broussy, Pinville et Rivière), apport substantiel de la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement, la France tente d'endiguer ce problème. Au sein du rapport Broussy, la marche à pieds est envisagée comme prévenant la dépendance. Au sein du rapport Aquino (2013), la pratique physique des seniors est également entendue en terme d'espace temps actif, de *daily routines*. Il promeut lui aussi les activités physiques qui s'inscrivent au quotidien dans les espaces et temps de déplacement et dans les activités de la vie de tous les jours. Cette activité est encore plus accessible que les activités d'intensité modérée couplées à des exercices de renforcement musculaire, de souplesse et d'équilibre diffusées depuis 2007, qui elles-mêmes avaient été démocratisées au profit des activités d'intensité élevée préconisées par l'échelle internationale jusqu'en 2002. Affirmant également cette vision de l'activité, les rapports Pinville et Rivière (Pinville, 2013 ; Rivière, 2014) font l'éloge des pratiques physiques générales. En effet, Pinville tente de promouvoir un environnement global favorable à la pratique physique et/ou sportive (lors des déplacements, en clubs, non institutionnalisée, à domicile, à proximité du domicile, au travail, etc.) ; quant à Rivière, il met en avant les espaces et temps de déplacements, les activités de la vie de tous les jours, qu'elles soient encadrées, pratiquées au travail, en EHPAD, etc. Toutes les pratiques possibles d'APS sont envisagées et défendues au sein des expertises servant d'aide à la réflexion Gouvernementale car l'enjeu majeur est de rendre possible la concrétisation de l'ensemble des pratiques, dans tous les lieux de vie et pour tous les seniors.

Au sein des différents écrits édités depuis 2013, il semblerait que les APS aient bel et bien été remplacées au profit des concepts de *daily routines* et d'espaces temps actifs. Entrevues au sein d'un guide de l'INPES dès 2002, ces nouveaux modes de vies actifs ont démontré leurs bienfaits, très récemment encore en Europe avec l'étude TAPAS menée à Barcelone (De Nazelle, 2015) et se sont multipliés en France. Et le décret n° 2015-808 du 2 juillet 2015 en représente le plus bel exemple. Il est effectivement relatif au « *Plan d'actions pour les mobilités actives* ». Celui-ci vise la modification du code de la route afin de favoriser la sécurité et le confort des piétons et cyclistes, permettant par la même de « *développer la pratique de la marche et du vélo* » comme l'annonce la notice du texte. Fruit de la volonté de minimiser les pratiques sportives des seniors et donc des risques de blessures ? Ou bien synonyme de lutte contre la tyrannie du bien-vieillir (Billé & Martz, 2010) en permettant une pratique physique pour tous ? Ou réelle volonté de

démocratisation ? Ou tout simplement volonté de pouvoir permettre la pratique physique à l'ensemble des seniors minimisant ainsi le caractère discriminant qu'imposent les parcours de vie ?

Pour terminer cette sous-partie nous nous appuyerons sur le rapport Rivière (2014) car il cristallise la prise en compte de toutes les pratiques (qu'elles soient sportives, physiques, organisées, libres ou intégrées au lieu de vie ou encore au quotidien). Remis à Valérie Fourneyron (ministre des sports, de la jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative) et à Michèle Delaunay (ministre déléguée aux Personne âgées et à l'Autonomie), il marque une étape déterminante : celle du recensement des dispositifs d'APS destinés aux seniors. C'est la première fois en France qu'un rapport complet est dédié aux seniors et aux APS. De plus, il alimentera lui-aussi la réflexion dans le cadre de la préparation du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. De surcroît, ce rapport est tributaire du rapport Aquino dans la mesure où le groupe de travail s'est attaché à répondre, en termes de propositions pratiques, aux huit mesures qu'avait soulevé Aquino pour promouvoir la pratique des APS auprès du public senior.

Rivière émet au sein de son expertise des préconisations pour que chaque senior, quel que soit son degré d'autonomie, puisse pratiquer l'activité la plus adaptée à son état de santé. Le rapport se propose de diviser en trois catégories les personnes âgées, non pas comme le guide de l'INPES les divisant niveau sportif, ni par tranches d'âges comme le propose le Programme Bien Vieillir de 2003, mais par état de santé physique. Nous retrouvons alors les seniors en bonne santé ou « robustes », les personnes fragiles et celles qui sont dépendantes. Ce triptyque renvoie nécessairement à un triple défi qui est de maintenir la population des personnes âgées en bonne santé ; « inverser » si possible le statut de fragile et donner aux personnes dépendantes le plus d'autonomie possible.

Cet écrit met également en avant les espaces et temps de déplacements, les activités de la vie de tous les jours, encadrées, au travail, régulières, en EHPAD, etc. Toutes les pratiques possibles d'APS sont envisagées et défendues car son enjeu est de rendre possible la concrétisation de l'ensemble des pratiques, dans tous les lieux de vie, pour tous les seniors. La volonté est bien la même qu'au sein des expertises d'Aquino et Pinville.

Pour rendre cette pratique multi-cibles possible, le rapport inscrit sa démarche dans la volonté de la ministre⁸² en orientant sa synthèse autour de trois axes : le public doit être informé, accueilli et pris en charge (Encart 20).

Objectifs synthétisés du Rapport Rivière

- Un public informé : Nécessité d'informer l'ensemble des acteurs du domaine dont les seniors eux-mêmes sur l'intérêt de lutter contre la sédentarité et de pratiquer des APS. De plus, est noté que l'offre des APS pour les seniors est actuellement très importante en France mais pas toujours connue, parfois mal ciblée, et très inégale en fonction des territoires et des populations. La concrétisation de la mise en place d'une offre exhaustive et structurée (et que les acteurs locaux s'en saisissent) est vivement conseillée.
- Un public accueilli : Le public doit être orienté en fonction des différentes classes d'âges concernées et des caractéristiques des groupes de population. De ce fait, l'offre évoquée plus haut doit être basée sur des preuves scientifiques. La formation devient alors un enjeu crucial. Ainsi, est recommandé que tous les intervenants possèdent un socle commun de connaissance. Les auteurs sont favorables à une reconnaissance par la délivrance d'un « label » (ou logo).
- Un public pris en charge : Le public devra faire l'objet d'un encadrement, pour une pratique adaptée et sécurisée. Elle sous-tend inévitablement une personnalisation, une individualisation avec une prise en compte écologique (Barthélémy, 2012), « globale » dans le texte, du senior.

Encart 20 – Rapport Rivière : un public informé, accueilli, pris en charge (Rivière, 2014)

⁸² Le 26 septembre 2013, lors du 8^{ème} Congrès Européen de Médecine du sport, organisé à Strasbourg par la Société Française de Médecine de l'Exercice et du sport, Valérie Fourneyron déclarait que le public senior, entre autres publics à besoins « particuliers » (D. Rivière, 2014, p. 22), devait « être informé, accueilli et pris en charge ».

Ce rapport demande que l'environnement global des seniors puissent favoriser leur pratique physique quelle qu'elle soit et quel que soit l'état physique et cognitif de la personne concernée. Nous comprenons qu'en plus d'être le premier à ne traiter qu'exclusivement des seniors et des APS, cet écrit est pionnier dans sa diversité de pratiques promues. Alors que certains écrits précédents étaient difficilement applicables par et pour des personnes dépendantes par exemple.

La nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement s'inscrit *a priori* pleinement dans les orientations européennes, laissant un petit peu de côté la pratique des APS de manière organisée et institutionnalisée. Témoin de cet engagement, les Conférences des financeurs qui seront mises en place en départements seront donc chargées de la prévention de manière générale. Concernant la prévention du vieillissement, elles seront constituées d'acteurs du monde de la santé, à savoir des caisses de retraite. Or, celles-ci nouent des partenariats privilégiés et structurant avec les acteurs des APA/APAS. Ainsi nous pouvons présupposer que la prévention du vieillissement en santé se dessinera de plus en plus autour des AP que des APS en France.

Nous nous rendons compte qu'au fil du temps, l'Europe s'est bien plus axée vers une adaptation de la société en générale et vers une pratique physique générale (Organisation Mondiale de la Santé, 1999, 2002 ; Organisation Mondiale de la Santé & FIMS, 1995 ; Plan international d'action pour le vieillissement, Vienne, 2002). Les échelles supranationales sont plutôt enclines à favoriser l'échange des espace temps passifs en espace temps actifs mais de manière générale et non pas avec la volonté finale de licencier les seniors en clubs sportifs par exemple. L'idée relève bien d'une activation physique générale. La question de l'opérationnalisation peut alors se dessiner : le ministère des sports peut activer les associations sportives mais ne peut pas agir sur l'environnement urbain. Ainsi, chaque acteur s'empare de son champ d'intervention et joue à son échelle et dans sa sphère sur la prévention d'un vieillissement en santé par les pratiques physiques qu'il est capable de favoriser. Nous pouvons ainsi dire que « l'activation générale des corps » est une vision de pratique physique pour seniors devenue concept puis notion-outils via les différents écrits internationaux, justifiés par les avancées scientifiques. Et cette notion s'est alors transformée en référentiel d'action publique (Viriot-Durandal & Moulaert, 2014) car ses conséquences en termes de mise en œuvre pratique par les autorités politiques et publiques (que ce soit à l'échelle nationale ou locale) est inscrite au sein de la loi d'adaptation de la société au

vieillesse. Longtemps uniquement utilisée au niveau européen, ce référentiel d'action publique est à son tour promu en France. De plus, la loi n'est plus la « loi autonomie » mais bien la loi « d'adaptation de la société au vieillissement ». Comme pour les recommandations, l'injonction incombe sur certains aspects bien plus volontiers aux acteurs publics qu'aux seniors eux-mêmes. Le regard n'est même plus porté sur une « autonomie » ou une « dépendance », peu importe ici, le regard se concentre sur « l'adaptation de la société » à tous ces types de vieillissement rencontrés au sein de la société française. En élargissant le regard politique, nous élargissons la vision que détient la société toute entière sur les personnes âgées. Et en parlant d'adaptation de la société, le Gouvernement met au cœur de sa réflexion l'échelle territoriale, là où tout se joue. En effet, les politiques et actions publiques ont la volonté d'insuffler une dynamisation locale. Nous nous proposons justement d'interroger cette dynamique dans les chapitres suivants. D'autant plus que l'activité physique est déléguée aux structures qui la prennent en charge (services municipaux, associations, clubs, etc.).

En conclusion de ce chapitre, nous avons vu que les principales recommandations de santé publique en matière d'AP/APS ont été élaborées par les autorités de santé américaines et que celles-ci ont été adoptées par l'OMS et la FIMS. Puis, la France, via ses organismes de prévention en santé (INSERM et INPES en particulier), a également nourri ses travaux avec cette base de donnée. Celle-ci se voit actualiser en gré des avancées scientifiques faites par ces mêmes autorités de santé des Etats-Unis. La volonté était d'offrir un programme d'entraînement physique pour améliorer la condition physique pensée en terme d'augmentation de la VO2 max. Il était alors préconisé aux seniors de s'adonner à des activités de type aérobie d'intensité élevée, avec comme mesure d'évaluation (et donc de progression) sa fréquence cardiaque maximale. Élaborées plutôt pour des profils sportifs, ces recommandations se heurtent aux pratiques du citoyen *lambda* car il ne faut pas oublier que :

« Le concept de sport, très souvent associé à des activités pratiquées au sein de clubs organisés, se définit, dans le présent document, comme suit : activités revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions facilitées par des organisations sportives. Le sport est donc, en général, considéré comme une branche plus spécialisée et organisée de l'activité physique. » (Idrettslivet i endring, 1999).

Le sport est alors un sous-ensemble des APS car celles-ci ne se réduisent pas à la pratique d'un sport. *« L'activité physique se définit généralement comme tout mouvement corporel produit par les muscles du squelette et entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle dépensée au repos. » (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).* Elles renvoient bien à une activité physique dans la vie de tous les jours, au domicile, au travail, pendant les trajets, au cours de loisirs, etc. Ces deux définitions ont été reprises et diffusées par l'OMS en 2006 (Organisation Mondiale de la Santé & Bureau Régional de l'Europe, 2006, p. 4). Ainsi, les recommandations d'APS, destinées aux adultes au départ puis aux seniors ensuite, ont grandement évolué au cours du temps (Blair, LaMonte, & Nichaman, 2004 ; Dunn, Andersen, & Jakicic, 1998). Deux grandes familles de recommandations sont alors plébiscitées : la première qui vise à améliorer la capacité cardiorespiratoire du senior et l'autre axée sur l'élévation du niveau habituel d'AP. L'une faisant référence à une pratique intensive d'APS suivant un plan d'entraînement, l'autre bien plus envisagée comme des mises en mouvement pour améliorer l'état de santé en général. Nous

assistons à l'apparition d'un nouveau modèle de préconisations. Il s'agit dorénavant de recommander des activités physiques centrées sur la dose d'AP nécessaire pour diminuer le risque de pathologies chroniques, surtout cardiovasculaires. Ici, le public cible est les inactifs (ou les peu actifs) qu'il faut faire bouger (ou bouger plus), contre qui se heurtent les précédents plans d'entraînements intenses. La promotion d'une activité physique au sens large naît. En ce sens, les recommandations diffusées par l'OMS, et l'INPES du côté français, ont muté au fil du temps. Plus modestement et plus ancrées dans les pratiques réelles, les recommandations visent maintenant à améliorer l'état de santé général de la population. Ainsi, celles-ci (Haskell et al., 2007) ajoutent la possibilité de s'adonner à une pratique fractionnée (trois fois 10 minutes au lieu de 30 minutes continues), une intensité modérée (et non plus uniquement élevée), elles ne tolèrent cependant pas de jour de « repos ». Ces nouvelles prescriptions moins intenses permettent par là même de réduire les risques liés à une pratique intense. Puis, au gré des avancées scientifiques dans le domaine, les recommandations entendent la pratique de manière bien plus large encore en incluant des activités de la vie de tous les jours réalisables dans de nombreux environnements (au travail, au domicile, à proximité du domicile, lors des trajets/transports, etc.). Plus globalisantes, généralistes et accessibles, ces recommandations sont compréhensibles et mobilisables par tous, ne touchant plus uniquement les seniors préoccupés par les pratiques sportives et/ou compétitives. Nous assistons à une « démocratisation » ainsi qu'à une « spécialisation » des recommandations pour les seniors. En effet, les recommandations se sont démocratisées dans le sens où elles se sont ouvertes à tous, elles s'adressent aux seniors n'étant pas forcément sportifs.

Ces deux types de recommandations (APS intense versus AP quotidienne modérée) font finalement écho aux pratiques effectives. En effet, les pratiques intensives ne peuvent satisfaire l'ensemble de la population senior, tout comme les pratiques modérées ne peuvent coller aux habitudes de vie des seniors sportifs. Permettant de réduire la dissonance induite par des recommandations universelles versus des pratiques personnelles, ce duo de prescriptions peut *a priori* embrasser un plus grand nombre de parcours de vie.

En outre, ces deux familles de recommandations sont historiquement identifiables : la première bascule s'est opérée à partir des années 1990. En effet, comme nous l'avons vu entre 1978 et 1995, les prescriptions n'envisageaient que la prévision d'un entraînement sportif intense alors qu'à partir de 1995 est admis que de la marche modérée procure également des bénéfices sur un

vieillessement en santé. En outre, à la fin des années 2000 – début des années 2010, une seconde bascule toute aussi importante et lourde de conséquences a été plébiscitée. Les AP modérées font dorénavant aussi référence aux activit es de la vie quotidienne permettant une mise en mouvement du sujet. Cette bascule est fondamentale dans le sens où, en plus de permettre l’adhésion d’un plus grand nombre de senior aux minimas recommandés, elle permet d’envisager une toute autre conception de l’AP : les *daily routines* forment un nouveau concept qui favorise et vise l’augmentation du niveau habituel d’AP.

Ainsi, les APS puis les AP ont réussis à percer la bulle scientifique du vieillissement en santé. Grâce aux travaux scientifiques américains et à leurs diffusions par l’OMS et les acteurs de la santé et de la prévention français, elles sont dorénavant plébiscitées comme l’un des facteurs indiscutables d’un vieillissement en santé. Nous nous interrogeons alors à présent sur le lien entre les recommandations ( mises par la plus haute sphère sanitaire mondiale et reprises par l’institut de prévention français) et les pratiques effectives impulsées par l’état (relayées par ses sphères déconcentrées en territoire). Comment retrouvons-nous ces recommandations (en termes de bonnes pratiques physiques) au sein des écrits français ? Puis comment celles-ci prennent-elles forme sur le terrain ? Pour y répondre, nous devons caractériser plusieurs modes d’interventions proposés par plusieurs acteurs : comment les acteurs publics politiques diffusent-ils et encouragent-ils ces pratiques ? Mais aussi quels sont les acteurs/opérateurs/financeurs dépêchés pour la concrétisation des idées insufflées par les sphères supérieures ? Et surtout, quels modes d’interventions déploient-ils pour une concrétisation pleine et entière en localité ?

Ces deux tendances de pratiques renvoient à des dynamiques nationales favorisant l’une ou l’autre. La première (APS) au travers des campagnes du Centre National du Développement Sportif – CNDS – par exemple, la seconde (AP) au travers de la nouvelle loi d’adaptation de la société au vieillissement. Chacune d’entre-elles mettant en jeu des acteurs différentes. Les acteurs du monde sportif pour la première, ceux du monde de la santé et de l’APA pour la seconde.

Le chapitre suivant se propose ainsi d’interroger le passage entre les suggestions portées par l’échelle supranationale et la mise en forme de celles-ci sur le territoire français.

Récapitulatif de l'évolution des principales recommandations en termes d'APS⁸³

Références ⁸⁴	Fréquence	Intensité	Durée	Type	Public
ACSM, 1978.	3-5 jours /semaine	- 60-90 % de la FCmax - 50-85 % Vo2max	15-60' continues	Utilisant les grands groupes musculaires	Adulte
ACSM & CDC, 1995.	« la plupart si ce n'est tous les jours de la semaine »	Modérée	30' continues ou non	Comparable à l'intensité d'une marche rapide	Adulte
OMS & FIMS, 1995.		Modérée <i>Note que les activités d'intensité plus élevée peuvent procurer des bénéfices supplémentaires.</i>	30'	Comparable à une marche rapide	Adulte
USDHHS, 1996.	« la plupart si ce n'est tous les jours de la semaine »	Modérée ou non <i>Note qu'il est également reconnu que des bénéfices plus importants peuvent être retirés si la pratique est faite de manière plus intensive et d'une durée plus prolongée.</i>	30' continues	Comparable à l'intensité d'une marche rapide	Adulte
ACSM (via Pollock <i>et al.</i>), 1998.	3-4 jours /semaine	55-90 % de la FCmax	20' par sessions de 10' ou plus	Aérobie	Adulte
ACSM, 1998.	Activité d'intensité relativement élevée pour des effets positifs contre les risques cardiovasculaires.				Senior
PNNS 1, 2001.	« Encourager la population entière à faire « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour ».				Tout public
OMS, 2002.	« Pratiquer régulièrement une activité physique modérée et				Senior

⁸³ Nous avons sélectionné les travaux scientifiques qui ont diffusé les résultats adoptés par l'OMS et repris par les organismes de santé français et ainsi illustrés les plans nationaux sur le sujet. Ainsi, sont présents au sein de ce tableau récapitulatif l'intégralité des écrits de ces différents types d'acteurs. De plus, nous avons pris la liberté de souligner les éléments phares des prescriptions.

⁸⁴ ACSM : American College of sports Medicine, AHA : American Heart Association, CDC : Centers for Disease Control and prevention, USDHHS : US Department of Health and Human Services.

	régulière. »				
Programme NBV, 2003.	« 30 minutes par jour d'activité physique modérée, 5 jours par semaine, <u>ou 3 fois par semaine 20 minutes continues d'activité intense élevée.</u> »			Senior	
Rapport annexé loi santé publique, 2004.	« (...) tous âges confondus, faisant, par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins 5 jours par semaine. »			Tout public	
Vieillir en bonne santé, INPES 2004.	« 30 minutes, ou plus, d'activité physique modérément intense, le plus de fois possibles par semaine, et de <u>préférence tous les jours.</u> »			Senior	
INPES, 2006.	« <u>Au moins</u> l'équivalent de 30 minutes de marche rapide <u>chaque jour.</u> » « (...) <u>activité sous toute ses formes et activité sportive.</u> » « (...) <u>périodes d'au moins 10 minutes.</u> »			Senior	
PNBV, 2007.	« <u>Au moins</u> l'équivalent de 30 minutes de marche rapide <u>chaque jour.</u> » « Et ses équivalence pour d'autres activités physiques. »			Senior	
Passeport pour une retraite active, INPES 2007b.	« C'est le moment de vous mettre à la <u>gymnastique, à la natation, à la marche ou au jardinage...</u> »			Senior	
ACSM & AHA, 2007.	5 jours /semaine	Modérée	30' par session de 10' ou plus	<u>Endurance aérobie, de type marche rapide</u>	Senior
	OU	OU	OU	OU	
	3 jours /semaine	Élevée	20' par session de 10' ou plus	<u>Endurance aérobie, de type jogging</u>	
	ET	X	8 à 10 groupes musculaires (avec 8 à 10 répétitions par exercice)	<u>Résistance (poids)</u>	
	2 jours /semaine (non consécutifs)				
	ET			<u>Équilibre</u>	
	Tous les jours				
INSERM, 2008.	Idem que ci-dessus. Avec l'ajout de l'idée des <u>« daily routines »</u> : « <u>substituer des espace-temps de liaison passifs à des séquences actives de déplacements ou d'introduire dans ces espace-temps une composante de véritable activité physique</u> ».			Senior	

OMS, 2010.	Idem que ACSM & AHA, 2007, avec 3 éclairages nouveaux :	Senior
	<ul style="list-style-type: none"> - La fréquence n'importe pas mais le minimum de 2h30 par semaine est maintenu - L'intensité élevée permet de diminuer de moitié le temps préconisé (2h30) soit 1h15 contre l'heure précédemment préconisée. - Maximum de 5h d'activité modérée et de 2h30 pour l'intensité élevée 	

Encart 21 - Récapitulatif de l'évolution des principales recommandations d'APS

Les APS dans les dispositifs de prévention du vieillissement : l'investissement différencié de multiples acteurs, reflet fragmentaire et diversifié d'un maillage pluriel

- a. Les acteurs de la santé : financeurs et coordonnateurs de modes d'interventions
 - i. L'apparente fragmentation de l'offre : des modes de financement des caisses de retraite configurant des modes d'interventions particuliers

L'action sociale est une intervention facultative et souvent extra-légale (Cadiou & Gagnon, 2005), au contraire de l'aide sociale qui est obligatoire pour les autorités publiques (Lafore & Borgetto, 1996). Ce qui rend plus difficile sa délimitation et sa visibilité comme le souligne Cadiou et Gagnon au sein de leurs travaux de 2005. Néanmoins, nous verrons au fil des pages à venir que les caisses de retraite sont devenues des actrices à part entière, aux côtés d'intervenants traditionnels (État et collectivités territoriales), et qu'elles parviennent dorénavant à être le pivot français de la prévention du vieillissement alors que la prévention elle-même représente un axe novateur (Déchamp-Le Roux et al., 2012) ne constituant en aucun cas leur cœur de métier initial.

Nous interrogeons ici quatre régimes de retraite (Agirc-Arrco, MSA, RSI et CNAV) qui ont comme assurés des publics bien différents, aux besoins et attentes différentes, et donc des modes de financements différents. Ces derniers configurent alors des modes d'interventions particuliers, ce qui fragmente l'offre de service.

Tout d'abord, il y a l'Agirc-Arrco. Elles sont des institutions qui organisent, règlent et contrôlent les retraites complémentaires en France. L'Agirc gère le régime de retraite complémentaire des cadres du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture et l'Arrco celui de l'ensemble des salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture, cadres compris. Elles reçoivent les adhésions des entreprises et les affiliations des salariés, encaissent les cotisations, informent les salariés sur leurs droits futurs et versent les retraites. De plus, élargissant leur domaine d'action afin de coller

aux réalités de leurs assurés, elles conseillent, orientent et proposent des services en matière d'action sociale (exemples : maisons de retraite, aides individuelles, etc.) et l'AP en fait partie, bien que celle-ci soit cependant bien différente des APS vues précédemment. Pour l'Agirc-Arrco, l'AP est un levier non pas dans un but de performance mais pour le lien social, l'adaptation et le plaisir (Saint-Laurent, 2015). Le plaisir est effectivement, en plus du lien social car ils sont interdépendants, l'une des motivations des seniors à pratiquer (Aquatias et al., 2008, p. 93 ; Derieux, 2007, p. 245 ; Feillet & Roncin, 2006, p. 53 ; Pichot, 2002) et nous savons que l'un des bénéfices d'une pratique physique est le plaisir (Feillet & Roncin, 2006, p. 34), en outre cette motivation hédoniste (Pichot, 2002) est fondamentale chez les seniors (Feillet & Roncin, 2006, p. 56-57).

La MSA mène également des actions à caractère sanitaire et social, et développe (seule ou en partenariat) des services adaptés aux besoins de ses bénéficiaires et des populations rurales. Ainsi, elle défend la conviction d'agir quotidiennement pour améliorer la qualité de vie sur les territoires grâce à ses actions menées en complément de la protection sociale légale.

Le RSI est quant à lui la sécurité sociale obligatoire des indépendants dont nous interrogerons plus loin ses actions, car celles au sein desquelles les AP sont présentes font finalement partie d'un mode original de coordination qui mérite un traitement à part entière.

Et enfin, la CNAV est un organisme public national en charge du régime général de pension qui gère la pension de base. Acteur historique, créé au départ dans une pure logique curative⁸⁵, il a muté en centre névralgique de la prévention du vieillissement en France. Cette mutation s'est faite par la réflexion qui lui a été demandée de faire, par le gouvernement, autour de la question de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA, au cours des années 1980-1990-2000) pour soulager le phénomène de montée en puissance du nombre de seniors dépendants. Une fois que les pouvoirs publics ont voté la mise en place de l'APA sous l'angle d'une prestation légale (gérée par les Conseils Départementaux pour les GIR 1 à 4), la branche de l'action sociale de l'assurance retraite s'est repositionnée pour s'interroger sur les 90 % de retraités autonomes (GIR 5 à 6). Ainsi, elle a vu le système de prévention comme une réponse satisfaisante à la question : Que fait-on pour les 90 % de retraités qui ne sont pas GIR 1 à 4 ? Nous pouvons ainsi dire que la

⁸⁵ En effet, l'assurance retraite a d'abord été créée (loi du 14/07/1905 au tout départ puis en 1945 pour la sécurité sociale comme nous la retrouvons aujourd'hui) pour assurer l'assistance économique obligatoire aux vieillards.

CNAV est devenue un acteur incontournable de la prévention du vieillissement lors de l'inscription à l'agenda politique de la question de la dépendance.

De prime abord, ces différents régimes de retraite produisent une fragmentation de l'offre en fonction des bénéficiaires. En effet chaque régime, qu'il soit obligatoire, général ou complémentaire, propose des dispositifs de prévention du vieillissement. Mais ces dispositifs sont ancrés au sein même de leur organisation, indépendamment des autres régimes de retraite. Répondant à la logique de catégorisation en fonction du métier que l'assuré a exercé au cours de sa vie active et d'où il a cotisé, il bénéficiera des actions de prévention de sa caisse de retraite, de sa catégorie. Les fonctionnements en vases clos renforcent cette fragmentation ce qui induit que chaque personne reste dans sa case et sa catégorie, tributaire des modes de financements. Ainsi, fonctionnements en vases clos et modes de financements sont co-responsables de la fragmentation des modes d'interventions.

Pour commencer, nous avons vu que l'Agirc-Arrco pense les APS comme un outil qui permet de préserver le lien social mais aussi comme un vecteur de plaisir et d'adaptation, nourrissant la priorité qu'est la santé. Cette complémentaire propose deux dispositifs en ce sens :

- Les « centres de prévention bien vieillir »⁸⁶ :

Ces centres de prévention globale s'inscrivent en cohérence « avec l'orientation des plans et programmes « bien vieillir » lancés depuis 2003 par les pouvoirs publics »⁸⁷. Ils sont ouverts à toute personne âgée de 50 ans et plus, active ou retraitée, et à son conjoint, relevant des régimes de retraite Agirc-Arrco. Ces centres sont des associations de type loi de 1901 (tenues de se conformer au référentiel commun des centres de prévention), et chaque centre est géré par une caisse de retraite complémentaire, tandis que la coordination est assurée par les fédérations Agirc-Arrco. Ils offrent la possibilité de faire un bilan préventif personnalisé. Une fois le bilan global établi, une « ordonnance de prévention » est délivrée conseillant de suivre certains ateliers, activités et/ou conférences

⁸⁶ Au nombre de 17 sur toute la France dont 3 pour la région Ile-de-France, tous les trois basés sur Paris intra-muros.

⁸⁷ http://www.agircarrco-actionsociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Aider/Etudes/Referentiel_commun_aux_CPVA_2015.pdf, p. 3.

thématiques. Nous retrouvons les APS au sein des activités (mais pas des ateliers). Sont alors proposées de la gymnastique douce, du yoga et du Taï chi chuan. À la fin du parcours qui peut, compte tenu de la participation aux ateliers, durer 6 mois, la volonté des « centres de prévention bien vieillir » est de permettre la poursuite de l'activité physique au sein des associations sportives présentes sur le territoire.

- La « Santé en mouvement » :

Ce dispositif, lancé en 2013 et maintenant généralisé, concerne les moins de 75 ans ne pratiquant pas d'APS.

Ce programme débute par une conférence-débat (au sein de laquelle les acteurs peuvent sensibiliser et informer sur la pratique physique), suivie de 6 séances de pratique dans un atelier « *découverte* », et il se termine par une séance bilan qui permet par là même d'orienter les personnes vers les associations locales pouvant satisfaire leurs attentes et besoins. Les actions sont développées en partenariat avec les associations Siel Bleu et ADAL (acteurs du sport adapté que nous étudierons dans les pages suivantes). Ce dispositif poursuit la volonté d'amener les seniors, qu'ils soient au départ sédentaires ou non, à la pratique en club spécialiste du sport adapté.

Nous nous rendons alors compte qu'au sein d'un même régime de retraite (l'Agirc-Arrco), les assurés se voient déjà proposer deux dispositifs d'action différents en fonction de la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent.

En revanche, la MSA et le RSI, bien que leurs modes de financements soient différents, ne proposent pas d'APS par eux-mêmes, de manière complètement autonome. Mais la MSA propose tout même un dispositif qui lui est propre avec la création en 2005 des « *Ateliers du bien vieillir* ». Ces ateliers, complètement indépendants de ceux de l'Agirc-Arrco, ont été élaborés dans le cadre du programme national Bien Vieillir de 2003, et sont préférentiellement déployés en territoire rural, ouverts à toutes personnes de plus de 55 ans et quel que soit son régime d'affiliation. Organisés en 6 sessions de 3 heures, ils abordent les thèmes suivants : bien dans sa tête, alimentation, sommeil, calcium et os, organes des sens et bon usage des médicaments. Ces ateliers, tout légitimes qu'ils soient comme les deux dispositifs de l'Agirc-Arrco, fragmentent

tout de même un peu plus l'offre disponible sur le territoire. Cependant, les ateliers de la MSA (porteurs d'autres thématiques⁸⁸ que les APS) ont été repris au sein d'une coordination tout à fait originale des caisses retraites⁸⁹. Et nous verrons que depuis peu ces deux organismes de retraites (MSA/RSI), via la coordination interrégime, offrent la possibilité d'une pratique physique à leurs assurés, ce qui pallie aux méfaits de la fragmentation. Et cette coordination implique un troisième acteur de la santé : la CNAV.

La CNAV, comme l'Agirc-Arrco, possède en son sein des dispositifs de prévention du vieillissement où l'APS trouve sa place. D'abord créée dans une logique curative, le régime général de retraite a fait de la prévention un cheval de bataille, un nouveau mode de fonctionnement : la CNAV, ou Assurance Retraite, a vu la réalisation de 700 actions de prévention sur le territoire français, 53 000 assurés ont bénéficié des ateliers qu'elle organise et 3 700 professionnels et bénévoles ont été formés à la prévention de la perte d'autonomie et de la promotion du bien vieillir pour l'année 2013.

En 2014⁹⁰, la CNAV a permis la réalisation de 2 955 actions de prévention pour bien vieillir mettant alors en jeu 29 359 retraités bénéficiaires des ateliers de prévention. Ces ateliers abordent divers thèmes dont la nutrition, la mémoire, le sommeil, la santé, l'activité physique, l'équilibre et la prévention des chutes, le lien social, etc., et ils varient selon les régions. Les APS représentent une thématique parmi d'autres ainsi sur les 2 955 actions dispensées, 283 faisaient références aux APS, soit 9,6 % des actions au total.

Ces actions qui traitent des APS, invoquent les modes de vie, les comportements favorables et la participation sociale des seniors qui en bénéficient. Et elles sont inscrites au sein de deux dispositifs : les « *actions de prévention* » et les « *actions en faveur du lien social* ».

⁸⁸ Bien dans sa tête, alimentation, sommeil, calcium et os, organes des sens et bon usage des médicaments.

⁸⁹ Les « *Ateliers du bien vieillir* » ont mobilisé 8 000 participants et formé 600 animateurs (médecins, travailleurs sociaux et bénévoles) en 2009. Entre 2005 et 2009, ce sont 20 000 participants qui ont été recensés. Forts de leur envergure, les ateliers historiques de la MSA ont donc été repris en interrégimes.

⁹⁰ Source : rapport d'activité.

En 2015⁹¹, 155 « *actions de prévention* » mettant en jeu des APS ont été effectuées. Ces actions se retrouvent sur le terrain sous différentes formes, ainsi sont dispensés des conférences, des sorties, des formations ainsi que des ateliers. 158 ateliers d'APS ont été réalisés, avec divers porteurs et cofinanceurs (en plus de la CNAV). Les porteurs des actions sont multipliés. Certains sont issus du monde sportif : associations sportives ou de sport adapté et leurs fédérations de rattachement (Sport, Initiative Et Loisirs Bleu – Siel Bleu –, À la Découverte de l'Âge Libre – ADAL –, Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire – FFEPGV –, Fédération Française d'Entraînement Physique dans le Monde Moderne - sport pour tous – FFEPMM –) ainsi que les représentants du sport olympique français (Centre Régional Olympique et Sportif – CROS). Mais nous retrouvons également des acteurs publics (CCAS, Centres Locaux d'Informations et de Coordination – CLIC –, communes, etc.) ou encore des acteurs de la santé (réseaux de santé, Prévention Retraite Île-de-France – PRIF –, Centre Régional d'Assurance Maladie – CARSAT –, etc.). Concernant les cofinanceurs ils sont souvent publics (Conseils Départementaux et Régionaux, intercommunalité, communes, CCAS, ARS, Caisses d'Allocations Familiales – CAF –, Caisses de retraites, CNDS, DRJCSC, etc.) mais aussi privés (participation financière du public lui-même, AG2R La Mondiale-Réunica, clubs locaux, fédérations de rattachement, ligues ou comités départementaux sportifs, etc.).

- De plus, 41 « *actions en faveur du lien social* » mettant en jeu des APS ont été effectuées proposant 35 ateliers d'APS. Les porteurs des ateliers sont, au même titre que les actions de prévention par les APS, à la fois publics et privés (centres sociaux, mairies, CCAS, associations, etc.) alors que les cofinanceurs ne sont que publics (Conseils Départementaux, CAF, ARS, CCAS, communes et ARS).

En résumé, en 2015 et sous la coupe de la CNAV, 196 actions (rassemblant 193 ateliers d'APS) ont été effectuées, et ce en faveur d'une préservation de l'autonomie par la pratique d'APS.

⁹¹ Source : rapport d'activité.

« En règle générale, il y a une quinzaine de séances d'organisées pour une quinzaine de participants, en proximité, donc au niveau du CCAS, de la commune, du centre social ou autre. Et là, notre rôle est de financer ces actions. Aujourd'hui (date de l'entretien : 18/06/2015) nous avons environ 250 000 personnes qui y participent chaque année. Nous avons l'objectif de multiplier par deux le nombre de bénéficiaires d'ici 2017. » (extrait d'entretien, Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015).

Ce mode d'intervention met en jeu des partenariats, avec les autres financeurs mais aussi avec les porteurs de projet. Ces partenariats structurants mettent inévitablement en jeu une coordination. Cependant, la CNAV n'est pas l'unique porteur de ces actions. Entre 2005 et 2007, les ateliers mis en place par la CNAV ont représenté des volumes importants et ceux-ci ont été généralisés⁹² entre 2010 et 2011, notamment grâce à la mise en place d'une politique « interrégimes », révélatrice d'une tentative de coordination.

ii. La tentative de coordination

Malgré des modes de financements et des publics différenciés en fonction des caisses de retraite que l'on interroge, elles s'inscrivent toutes dans des démarches globales, qui prennent en compte l'intégralité des facteurs de vie des seniors. Ainsi, poursuivant cette volonté d'offrir des actions de prévention du vieillissement à l'ensemble de la population retraitée, quel que soit son régime d'affiliation, la CNAV, la MSA et le RSI ont rassemblé leurs savoirs, compétences et expertises afin d'offrir aux seniors des actions de terrain sous forme d'ateliers coordonnés et interrégimes. Au départ, en 2009-2010, la discussion autour d'une mission commune s'engage entre la MSA et la CNAV, qui peu de temps après ont allié le RSI (extrait d'entretien, Camille Mairesse, Chargée de mission, PRIF, 15/04/2015). En 2011, les caisses voient les prémices d'actions interrégimes, renforcés en 2013 et actés en 2014. En effet, cette tentative d'unité a été concrétisée avec la mise en place d'une réelle politique interrégime via la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG

⁹² Dans le sens où le modèle d'action entrepris en territoire a été repris à l'échelle nationale.

2014-2017) signée par la CNAV, la MSA, le RSI et l'État⁹³. La signature de la COG est en fait, et surtout, une signature conjointe : « *Ensemble, les caisses de retraite s'engagent* », qui renforce l'identité commune souhaitée.

Mais que renferme cette COG en termes de modes d'actions ? Quels modes de coordination fait-elle intervenir ? Une gouvernance ? Et la coordination et/ou la gouvernance sont-elles réelles ? Nombreux sont les exemples (comme le montre l'analyse faite par le Haut Conseil de la Santé Publique du Plan National Bien Vieillir⁹⁴) qui pointent un manque de gouvernance au sein de dispositifs qui se voulaient au départ résolument intersectoriels et coordonnés, malgré l'assurance de l'efficacité du mode de gestion faisant écho aux notions de gouvernance. Surtout dans le champ de la prévention du vieillissement où la multitude d'acteurs en présence devient une « *chance* » si la gouvernance y trouve sa place (Aquino, 2012, p. 278).

Tout d'abord la COG est portée par la CNAV, en chef de file. Certes, l'interrégime est cité pour la réalisation de certains objectifs mais la CNAV est positionnée en tant que leader. Cette surreprésentation, par rapport aux deux autres régimes de retraite, est due au fait qu'elle est LE régime général, la branche retraite de la sécurité sociale. Nous parlerons alors bien plus volontiers d'une coordination que d'une gouvernance. En effet, les objectifs sont peut être actés en accord avec les deux autres régimes mais ils sont portés par la CNAV.

« La branche retraite développera des actions de prévention à travers une coordination renforcée avec les autres régimes. Elle développera une identité commune fondée sur une offre et une stratégie de communication interrégimes afin de renforcer la visibilité et l'efficacité des messages de prévention pour bien vivre sa retraite. », COG 2014-2017, p. 11.

⁹³ En effet, les caisses de retraite sont en lien avec l'État à travers le cadre national qui est signé dans les conventions et sur le territoire, l'interrégime est lié aux Agences Régionales de Santé (ARS) et aux services déconcentrés de l'État.

⁹⁴ « (...) malgré l'ambition et la pertinence de la thématique et des objectifs, on peut déplorer un déficit de gouvernance (...) » (Haut Conseil de la santé publique, 2010, p. 13).

La branche retraite de la sécurité sociale développe un bon nombre d'actions en dehors de l'interrégime et ne convoque l'interrégime que sur certains points. Ainsi, elle est leader sur le marché des prestataires. En ce qui concerne les ateliers de prévention qui mettent en jeu les APS, ils font tous appel à l'interrégime bien que sur le terrain, nous retrouvons des actions menées uniquement par la CNAV. En effet, nous avons décompté 196 actions de prévention et en faveur du lien social qui utilisent les APS comme vecteur pour l'année 2015 sur l'ensemble du territoire français. 72 d'entre elles ont été effectuées en interrégime, soit 37 % des actions menées. Ainsi, la notion de gouvernance n'est pas en accord avec la pratique, le concept de coordination semble plus coller aux modes d'actions réels de l'interrégime.

L'un des objectifs et enjeux de la COG est cependant l'essor de l'interrégime permettant de repreciser l'offre commune de la CNAV, de la MSA et du RSI et la volonté de travailler ensemble. Pour cela, le mode d'action privilégié pour prévenir le vieillissement est le déploiement des ateliers interrégimes.

Ces ateliers, véritable relai d'une conception de la prévention, sont centrés sur les comportements, les habitudes de vie et également le lien social. Cependant, ce mode d'action est concrétisé par le modèle d'appels à projet, même s'il arrive que des communes, des acteurs associatifs, des conseils départementaux ou autres, sollicitent directement l'interrégime.

« Finalement pour faire simple, vous avez quelques environnements, pas qu'urbains d'ailleurs, sur lesquels il y a une mobilisation assez naturelle des associations, entreprises ou autres qui veulent intervenir sur ce champ et là ils nous sollicitent. Mais le modèle le plus courant, et celui que l'on encourage, c'est plutôt la logique de l'appel à projets. » (extrait d'entretien, Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015).

Ainsi, leur mode d'action, via les ateliers mis en place, est indirect. L'interrégime s'appuie sur les acteurs locaux afin de concrétiser les dispositifs. Ce mode d'intervention met en jeu des risques de disparités : en termes d'actions, d'encadrants, de contenus, de publics ciblés, de lieux de vie, etc. En revanche, afin de réduire cette éventuelle dissonance un cadrage précis est mis en place par les financeurs-coordonnateurs (l'interrégime). Les opérateurs (les « concrétiseurs » des

actions de terrain) se voient fournir un cadre d'intervention avec des objectifs de couverture des besoins. Le budget, nombre de bénéficiaires, niveau de professionnalisation et de formation des professionnels intervenants, nature des interventions, nombre d'heures réalisées, etc., sont délimités par l'interrégime (Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015.).

« (...) assez logiquement on développe une politique de contrôle ciblée envers ces opérateurs pour vérifier et s'assurer de la qualité du service rendu. Et puis parallèlement à cela, on leur donne (...) des outils, des référentiels méthodologiques pour les accompagner dans la professionnalisation de leurs actions. » (extrait d'entretien, Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015).

Ce mode d'action indirect multiplie alors les prestataires. Ce qui augmente la concurrence dans le champ d'action. Nous verrons que ces opérateurs, pour répondre à cette multitude d'acteurs potentiels, mènent des logiques de labélisation de leurs interventions afin de se différencier et faire valoir un savoir-faire, voire une expertise, au sein de cette concurrence.

L'interrégime offre un deuxième mode d'intervention : celui de la construction de référentiel scientifique. En effet, il noue un partenariat très structurant avec l'INPES⁹⁵. Ensemble ils élaborent de nombreux supports d'information pour les retraités eux-mêmes (comme par exemple le dépliant « *Vieillir... Et alors ?* ») mais aussi pour outiller les acteurs de terrain (exemple : Actions collectives, « Bien vieillir », Repères théoriques, méthodologiques et pratiques, (Barthélémy, Bodard, & Feroldi, 2014)). De plus, ces actions interrégimes sont fortement ancrées dans les volontés nationales (que ce soit au niveau de la santé, du logement, du sport, des personnes âgées, etc.) et au sein des prescriptions faites au niveau européen et international (de l'OMS pour la majeure partie).

⁹⁵ L'INPES analyse puis transmet les divers savoirs existants sur le sujet, que ce soit dans le domaine scientifique ou le domaine pratique. En d'autres termes, l'institut « digère » les expertises scientifiques pour pouvoir donner des orientations aux acteurs de terrain.

« Et justement tout notre travail est de faire le lien entre les éléments référentiels qui émergent aux niveaux national et international et les pratiques locales des caisses. C'est bien notre rôle que d'assurer cette articulation. » (extrait d'entretien, Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015).

La complémentarité, et non pas la coordination, avec l'Agirc-Arrco cristallise un troisième mode d'action. Le défi de coordination se base sur une approche commune entre CNAV, MSA et RSI auquel s'ajoute une approche complémentaire avec l'Agirc-Arrco⁹⁶. En d'autres termes, CNAV/MSA/RSI cofinance, copilote, coanime. Avec l'Agirc-Arrco, la réciprocité prend le dessus. Ils interviennent où l'interrégime ne peut intervenir et vice-versa, ou de manière complémentaire et ce, depuis 2012.

« Dans certaines situations, on intervient, dans d'autres on n'a pas forcément vocation à intervenir alors on passe le relais à l'Agirc-Arrco et vice-versa. Notre travail avec eux, est plus basé sur de la réciprocité. Si la CNAV intervient, l'Agirc-Arrco ne va pas intervenir, ou s'il intervient c'est pour apporter des prestations complémentaires. » (extrait d'entretien, Antonin Blankaert, Directeur de l'Action Sociale, CNAV, 18/06/2015).

Ainsi l'interrégime se sert d'opérateurs, via la logique d'appels à projets, pour intervenir mais fait également appel à un régime de retraite complémentaire quand la situation le demande.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement valorise et insuffle l'inévitable décloisonnement des secteurs investissant le champ de la prévention du vieillissement car celle-ci est, comme nous l'avons déjà vu, multisectorielle. Ainsi, elle a permis de reconnaître l'interrégime comme acteur légitime et central de la prévention de la perte d'autonomie (Rivière, 2015) et de légitimer ses actions dans le sens où elle ne parle plus de dépendance mais bien d'autonomie, qui est le cheval de bataille des caisses, mais aussi et surtout parce qu'elle souhaite

⁹⁶ Ce qui explique pourquoi l'Agirc-Arrco a deux dispositifs clefs en prévention du vieillissement par les APS alors que la MSA, le RSI et la CNAV n'en ont au final qu'un seul : les ateliers de prévention du bien vieillir.

la coordination des acteurs. De plus, les caisses de retraites feront partie de la conférence des financeurs⁹⁷ qui sera mis en place en départements comme le stipule la loi.

« La conséquence de l'implication du conseil d'administration et de la direction de la CNAV dans l'élaboration du projet de loi. Il y a eu une concertation très large sur ce texte, encore jamais vue sur un projet de loi », Gérard Rivière, Président du conseil d'administration de la CNAV, Rapport d'action sociale, CNAV, 2013, p. 6.

« Nous avons effectivement été associés de très près et le rapport Broussy a reconnu les efforts de la CNAV en matière de prévention. », Pierre Mayeur, Directeur de la CNAV, Rapport d'action sociale, CNAV, 2013, p. 6.

De plus, grâce à la conférence des financeurs un partenariat très serré sera encore mis en place. Cette fois-ci avec les départements. Les uns sur une logique préventive, les autres sur une logique curative.

« Nous pouvons aussi développer un partenariat efficace avec les départements : nous sur la prévention et eux sur la compensation », Pierre Mayeur, Directeur de la CNAV, Rapport d'action sociale, CNAV, 2013, p. 6.

La CNAV ambitionne par ce biais (celui de la conférence des financeurs) de « développer et d'améliorer l'accès au grand public à des actions individuelles et collectives de prévention » (Rapport d'action sociale 2013, CNAV, p. 6). De plus, elles permettront de dénouer les situations où « ça coince » (Blankaert, 2015) sur le territoire, en plus d'être un élément fort de la reconnaissance de la légitimité de l'interrégime.

Dans la même logique, l'interrégime a vocation à déployer encore plus ses tentacules : le trinôme CNAV/MSA/RSI restera le « noyau dur » (Rivière, 2015) mais d'autres acteurs privés ou publics pourront s'associer à lui sur des actions ponctuelles, synonyme d'action globale. La volonté de nouer des partenariats structurants afin de déployer les dispositifs d'action (soutenus par

⁹⁷ Cette conférence des financeurs est basée sur le modèle de coopération institutionnelle qui existe déjà au sein de l'interrégime : elle lie le trinôme département-ARS-caisse de retraite.

l'interrégime mais portés par les acteurs de terrain) est belle et bien présente. Réaffirmant le mode d'intervention privilégié par la CNAV, et par extension par l'interrégime.

Améliorant la lisibilité de leurs actions, l'interrégime a également permis la reconnaissance d'une identité commune via un label : « Pour bien vieillir »⁹⁸. La logique de labélisation répond aux conséquences de la concurrence qui émerge du champ de la prévention du vieillissement du fait que les acteurs soient multiples et variés. La logique de promotion et de protection des actions, via la demande de labels, est donc de mise. Permettant par la même de redoubler les efforts faits en termes de lisibilité et visibilité de leurs actions par le public, les acteurs de terrain et les acteurs institutionnels. Ce label se veut clair, identifiable, compréhensible et fort. Ce mode d'intervention de l'interrégime met en jeu la protection intellectuelle des actions labélisées signifiant un gage de qualité, de sécurité et de performance.

Pour résumer, les modes d'actions sont multiples, indirects, passent par la construction de référentiel, la construction de partenariats et de complémentarités avec d'autres acteurs du champ. Au sein desquels la coordination est bien plus prégnante qu'une réelle gouvernance. Car la notion de gouvernance s'efforce de rendre compte de situation où se mêlent divers acteurs, privés et publics et où l'État n'est plus en position dominante dans un jeu devenu collectif (Lascoumes & Le Galès, 2012). Certes, il y a une gouvernance vis-à-vis de l'État dans le sens où il n'est plus l'acteur pivot mais la gouvernance entre les trois régimes de retraites qui configurent la politique interrégime étudiée est moins prégnante. CNAV, MSA et RSI agissent ensemble au nom du bien vieillir, mais plus en coordination, bien que l'interrégime déclare faire « *preuve de gouvernance* » ; « *Avec cette nouvelle politique interrégime, les acteurs vont bien plus loin que la volonté de coordination, c'est une réelle gouvernance qui est mise en place.* » (COG 2014-2017). Or nous avons vu que la prépondérance de la CNAV met à mal *de facto* le principe de gouvernance. Cependant, bien que la CNAV prédomine, les autres acteurs sanitaires sont présents, participent et partagent les décisions. Nous pourrions alors dire que nous sommes dans un entre-deux : entre la gouvernance et la coordination.

⁹⁸ Ainsi qu'un site Internet « <http://www.pourbienvieillir.fr> » afin de répondre pleinement aux attentes et besoins des personnes retraitées.

Quant à la coordination avec les opérateurs, il n'y en a pas à proprement parlé : le secteur de la santé finance et encadre les pratiques via des accords signés et les acteurs du sport et/ou du sport adapté animent et concrétisent les actions. Le lien s'arrête là. Les opérateurs et collectivités territoriales pour le déploiement des actions de prévention sont ainsi les pierres angulaires du mode d'intervention indirect.

Pour conclure, l'interrégime, en plus de permettre le déploiement d'actions sur un territoire plus important et ainsi toucher plus de retraités, permet *a priori* d'harmoniser les actions et d'assurer une mise au point sur l'existant. Seulement, le système d'appels à projet pourrait remettre en question cette harmonisation des actions, bien que les outils et cahiers des charges remis aux opérateurs mettent au jour la volonté d'unifier le travail. La COG 2014-2017 améliore le manque de visibilité, le saupoudrage et la multitude d'actions, d'interlocuteurs, etc., qui complexifiaient énormément la lecture des dispositifs. Le décloisonnement et la coordination sont deux objectifs majeurs au service d'un vieillissement en santé : au sein de ces dispositifs d'actions interrégimes, nous les retrouvons, *a priori*.

b. Les acteurs du sport adapté : prestataires des modes d'interventions du milieu sanitaire

i. Des organisateurs spécialistes de la pratique senior

Deux associations, de tailles et d'envergures différentes, sont très connues, et très présentes, sur notre terrain d'enquête, à savoir : Siel Bleu et ADAL.

Le Groupe Associatif Siel Bleu⁹⁹, leader sur le marché du sport adapté, propose des programmes utilisant l'APA comme outil de prévention de la santé et du bien-être. Les différents pôles de Siel Bleu ont développé des programmes destinés à différents publics comme les jeunes retraités, les personnes âgées à domicile ou en établissements, les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes de maladies chroniques ou de pathologies lourdes. Siel bleu est décomposé en quatre pôles, dont deux touchent notre cœur de recherche : le pôle Siel Bleu Activités et le pôle Domisiel. Le premier représente l'activité principale de l'association et concerne les cours qui sont dispensés par des éducateurs physiques au sein des CCAS, des structures spécialisées ou des communes. Le second est spécifique aux interventions à domicile et relève donc des activités individuelles, et non pas collectives comme c'est le cas pour le premier pôle. Concernant les encadrants, ils sont très majoritairement issus de la filière universitaire Sciences Techniques des Activités Physiques et Sportives – STAPS – avec la mention APAS.

Au départ, les débuts de l'association ont été difficiles, puis le Conseil Départemental du Bas-Rhin les a aidés, des acteurs de tous types et de divers horizons les ont soutenus, puis est arrivée la reconnaissance d'une Ministre des sports qui les a propulsés. Marie-Georges Buffet fût la seule personnalité politique ayant compris ce que représente le sport santé pour Siel Bleu, c'est-à-dire la création de programmes de prévention des chutes, de gym prévention-santé, de gym aquatique, de relaxation gymnique, d'activités de plein air, etc. Avec comme unique outil : l'APA. Adaptée selon les envies, les capacités, les besoins des personnes, toujours chapeauté par l'objectif prioritaire qui est l'accessibilité financière.

Puis l'association s'est étendue à d'autres régions, sans soutien du ministère des sports ni de leurs structures déconcentrées. Cette absence de soutien est justifiée par le fondateur du groupe par le

⁹⁹ Siel Bleu a été créé en 1997 par deux étudiants de la faculté de sport de Strasbourg qui ont proposé de réaliser leur stage de fin d'année dans 13 maisons de retraite.

fait que Siel Bleu n'est pas une fédération « sport », « sport de compétition » et parce qu'ils sont « *trop diplômés pour des vieux, des handicapés et des cancéreux.* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014). L'association n'est donc pas reconnue comme offrant du sport, mais pas non plus comme agissant sur la santé : « *parce que la prévention n'est pas à l'ordre du jour et qu'on n'est pas porté par les médecins, malgré le fait que l'on travaille juste main dans la main avec le corps médical, ce sont nos partenaires les plus proches.* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014). Ni même comme faisant du social : « *Et on n'est pas action sociale, pas un établissement ou un service médico-social* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014). Alors il lui a été difficile d'être reconnue par les différents gouvernements qui se sont succédés. En revanche, leur développement s'est fait grâce aux partenariats noués avec différents acteurs de la santé (européens dont en Irlande, Espagne et Belgique, mais aussi français avec l'INSERM, le CNRS, différents CHU, médecins, etc.) qui leur ont permis par là même de commencer à financer leurs propres programmes de recherche.

En effet, en janvier 2015 a été lancé « l'Institut Siel Bleu », organe interne, leur permettant de faire « *un pied de nez à pas mal d'organismes* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014). L'un des objectifs (à 5 ans) de Siel Bleu via leur Institut est qu'enfin l'activité physique soit reconnue comme une offre thérapeutique à part entière en France et en Europe, et au-delà¹⁰⁰, grâce aux recherches-action, à un « *incubateur Siel Bleu* » avec la construction de nouveaux projets et une « *Université Siel Bleu* » permettant l'accès à toutes les données récoltées en « *open sources* ». Siel Bleu mise énormément sur les partenariats et les alliances pour toucher le plus de monde possible et devenir « *de plus en plus fort en termes de références* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02 décembre 2014). Face aux concurrents (les fédérations reconnues comme étant des fédérations sportives : FFEPMM, FFEPGV, etc.) qui ont, selon le fondateur de Siel Bleu, les fonds, le soutien national, les postes mis à disposition, les organes déconcentrés de l'État en régions et en départements de leur côté, leurs propres brevets pour animer la pratiques, etc., Siel Bleu recherche et construit sa légitimité en dehors des cadres nationaux. Le groupe a vu 27 pays frapper à leur porte pour

¹⁰⁰ « *Il y aura le dictionnaire de la prescription d'activité physique sur tous les bureaux des médecins. Ce sera porté par tous nos partenaires médicaux. Sur tous les bureaux des médecins français et en Europe (...)* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02 décembre 2014).

développer des filiales (pays représentés par des Universités, des ONG, des entreprises, des sécurités sociales, etc.), ce qui atteste bien de leur construction et déploiement aux échelles extranationales.

ADAL quant à elle œuvre depuis 1992 dans le domaine de la prévention en santé, incluant elle aussi les notions de bien-être. Sa particularité est fortement liée au fait qu'elle possède une expertise et une expérience conséquentes dans le champ des APA pour le public senior. Le groupement propose des programmes spécialisés, en fonction du degré d'autonomie des seniors et font intervenir des éducateurs spécialisés APAS et vieillissement, issus d'une formation universitaire (non fédérale ou Jeunesse et Sport). Forte des ces activités déjà mises en place et pérennisées, (ateliers et séjours de prévention, conférences, formations, etc.), ADAL a développé le programme « D-marche © » (Encart 22). Jugé par eux-mêmes comme étant un « *exemple d'innovation dans le paysage de la prévention* », cette initiative vise à faciliter la mise en mouvement de tous les publics, particulièrement les personnes âgées. L'objectif poursuivi est d'augmenter durablement le nombre de pas effectués au quotidien, possible par l'augmentation du nombre de déplacements et de mouvements au sein de son domicile ou à l'extérieur (aller chercher son pain à pieds, promener son chien, faire ses courses, etc.). Cette action de prévention du vieillissement, par les APS, se retrouve alors pleinement inscrite dans la mouvance qui se dessine au niveau international qui prône la marche au quotidien, reprise au niveau national avec la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement. Via cet outil, l'APS devient intégrée au milieu de vie des seniors et intégrée à la vie quotidienne. L'idée précédemment étudiée des « *daily routines* » ou des « *espaces temps actifs* » plutôt que passifs prend vie via cette démarche « *non-excluante, simple et accessible* »¹⁰¹.

¹⁰¹ Source : <http://www.d-marche.fr/presentation-du-projet/>.



Déroulement du programme D-marche©

1. La session initiale : Sensibilisation aux bienfaits de la marche au quotidien

Un formateur qualifié aborde les thèmes suivants : présentation sur les enjeux de la prévention et les effets bénéfiques des activités physiques et de la marche, mise en perspective par rapport aux habitudes de chacun et à la manière dont elles s'inscrivent déjà, ou non, dans le quotidien, apport de contenus scientifiques vulgarisés qui expliquent les bienfaits en termes de santé (physique, mentale et sociale) des activités physiques et de la marche en particulier, propositions simples et concrètes pour modifier les comportements et sur la base des idées et des échanges entre participants : identifier les leviers de motivation individuels et collectifs.

2. Remise du kit D-marche et étalonnage du podomètre

Un podomètre est remis en fin de session et le formateur explique son fonctionnement et aide les participants à l'étalonner. Connectable, il permet de télécharger ses données sur son espace personnel du site Internet afin de pouvoir mesurer ses progrès et d'avoir un retour visuel en temps réel de son activité physique quotidienne (nombre de pas, nombre de kilomètres, calories dépensées, temps de marche cumulé). Le site Internet sert donc à visualiser ses résultats, mais aussi à obtenir des informations pratiques sur le programme, à entrer en contact avec d'autres D-marcheurs, à être informé de l'actualité de la marche et de la D-marche et de participer à des challenges interactifs et collectifs.

3. L'accompagnement

Outre le podomètre et le site Internet spécifique, des temps de suivi des « D-marcheurs » (à moins de 30 jours, 3 et 6 mois après la session) renforcent la démarche active de santé et cette évolution de comportement. Le suivi (en salle avec accès Internet) permet de

télécharger les données sur chaque espace personnel, de faire le point sur l'utilisation du podomètre et du site D-marche, de renforcer les motivations dans le temps et de favoriser le lien social et enfin de pérenniser l'action par une AP quotidienne et de fournir des apports sur d'autres sujets de santé.

(source : <http://www.d-marche.fr/presentation-du-projet/>)

Encart 22 - Action D-marche©, ADAL

À l'image de Siel Bleu, ADAL s'est positionnée sur le secteur de vieillissement et de l'activité physique : un entre deux où ils ont eux aussi été exclus du monde sportif (de leur propre chef mais aussi en termes de partenariats et de financements, bien qu'ils émargent au CNDS) et du monde de la gérontologie. Le monde de la santé s'est là aussi présenté comme partenaire et soutien privilégié. ADAL a réussi à répondre aux demandes de divers organismes de retraite grâce à la valence sportive (APAS) et universitaire (STAPS, tout comme Siel Bleu). En revanche, une chose diffère entre ce groupement et Siel Bleu.

« On n'est pas reconnu en France par les pouvoirs publics. » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014).

ADAL est quant à elle sollicitée par le ministère de la santé et est toujours dans la branche de la Jeunesse et Sports. L'envergure d'ADAL diffère également. Siel Bleu connaît des antennes au-delà des frontières françaises, sans appuis ministériels, alors qu'ADAL ne dépasse quasiment pas les frontières de la région Île-de-France. Cependant, elle se positionne sur un déploiement national et le réseau des infirmières « Azalée » pourrait bien concrétiser cette volonté de sortir du carcan francilien via l'outil D-marche©. Partenaires d'une soixantaine de communes en Île-de-France, elle exporte ses modes d'interventions dans une dizaine de communes en province. L'idée est bien plus de mettre en mouvement les gens par des APAS que de proposer des APS et du sport.

« Ce qui nous intéresse c'est de creuser les pistes pour mettre les gens en mouvement sans avoir forcément l'étiquette activité physique ou sport. » (extrait d'entretien, Christine Cardin, Responsable formation ADAL, 22 /01/2015).

Ensuite, une fois que les personnes ont retrouvé, ou trouvé, de la mobilité, ADAL souhaite qu'elles poursuivent en associations, au niveau local. Cependant, le groupement n'a pas le maillage nécessaire pour les orienter ainsi ADAL tente de ficeler des partenariats avec différentes fédérations sportives (comme la FFEPGV, la FFEPMM, l'UFOLEP, etc.) en vain. Les millefeuilles administratifs et la multitude d'échelles à conquérir pour que le partenariat soit noué avec le niveau fédéral en seraient la principale cause.

« On est peut-être trop petit et on n'a pas une représentativité qui leur donne envie de s'investir... » (extrait d'entretien, Christine Cardin, Responsable formation ADAL, 22/01/2015).

Ces deux groupes associatifs font des actions en territoire grâce aux partenariats structurants qu'ils nouent avec une multitude de financeurs et opérateurs/organismes (CNAV, Agirc-Arrco, mutuelles, ARS, PRIF, mairies, Clics, CIAS, CCAS, CHU, etc.). Et leurs impacts sur le déploiement et la généralisation de leurs actions en territoire tiennent à ce mode d'intervention privilégié (le partenariat). Elles fonctionnent par le fait que les acteurs, comme les caisses de retraite, font appel à elles ou parce qu'elles se positionnent sur des appels à projets émanant de CLIC, de CCAS ou encore de communes.

« Les organisateurs de ces activités sont les mairies, les CLIC, les CIAS, les CCAS, les services d'aide à domicile, les plates-formes des aidants, les centres hospitaliers, etc. Les financeurs sont notamment les ARS, la Caisse Régional d'Assurance Maladie Île-de-France – CRAMIF –, la CNAV, le PRIF, les instituts de retraite complémentaires, le regroupement Agirc-Arrco, la CARSAT, les mutuelles, etc. C'est grâce à eux que nous pouvons continuer à proposer nos services au coût le plus réduit possible. », Véronique Marais, Responsable départementale - 91 et 94 -, Siel Bleu, (Marais, 2014).

Ces deux groupements sont connus et reconnus par les acteurs de la santé, nouent des alliances extrêmement fortes et fonctionnent en véritable réseau structuré et structurant formant alors une réelle communauté au sein de laquelle les mêmes valeurs, savoir et savoir-faire circulent. Ce soutien exclusif du monde de la santé peut cependant devenir un inconvénient : s'il se retire, les deux groupements associatifs en accuseront les conséquences. En effet, cette interdépendance impacte tout de même leur déploiement : il est rendu possible par la légitimité que leur confèrent ces acteurs mais aussi et surtout par les financements qu'ils leur offrent.

ii. Des financeurs issus du secteur de la santé

Effectivement, les partenaires privilégiés et avec lesquels les modes d'interventions de Siel Bleu et ADAL trouvent un écho sur le territoire sont majoritairement issus du secteur de la santé. Comme nous l'avons vu, ces deux groupements associatifs ne sont pas reconnus par le monde sportif, alors, ils ont majoritairement construits des liens avec le monde de la santé. Siel Bleu, de part son envergure plus étendue qu'ADAL a réussi à tisser sa toile avec « *un millier de partenaires en France* » (extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014) qui comportent « *tout le monde de la santé* » : mutuelles, caisses de retraite, assurances, associations de patients, ARS, et collectivités territoriales.

ADAL de son côté a réussi à ouvrir les portes de quelques EHPAD. Elle travaille aussi avec des professionnels de la santé sur certains modèles d'interventions : diabétologue, psychologue, nutritionniste, etc. Et tout comme Siel Bleu, les communes et le monde de la santé précédemment cité se retrouvent autour des actions portées par ADAL.

La CNAV, acteur pivot comme nous l'avons vu, noue des partenariats très structurants avec ces deux groupes, qui se retrouvent comme porteurs des projets en territoire. De plus, au niveau régional, le PRIF fait appel à 7 acteurs au total pour la mise en œuvre des ateliers mettant en jeu une AP, et Siel Bleu et ADAL sont les principaux opérateurs.

ADAL est le concepteur du projet D-marche®, il en est ainsi l'unique porteur. Ce projet qui est donc soutenu par le PRIF l'est aussi par l'AG2R LA MONDIALE. Pour l'AG2R (Poirier, 2015) la bonne image de la société est divulguée à la société en général, aux seniors bénéficiaires en

particulier, ses salariés sont par là même sensibilisés (à la pratique quotidienne de la marche) et les crédits sont positionnés permettant à ADAL de pérenniser ses actions et de les industrialiser.

Nous nous rendons compte que les acteurs de la santé nouent bien plus volontiers des partenariats avec les fédérations mettant en jeu une AP abordée sous l'angle de la santé, et où l'objectif est le bien-être pour le public senior. Le domaine des APAS devient un domaine où la revendication d'un savoir-faire professionnel leur est propre.

c. L'interrégime, un mode original de coordination territoriale entre acteur de la santé et acteur du sport adapté : l'exemple des ateliers du PRIF

Aquino affirme que pour que les dispositifs soient efficaces sur le terrain, il faut coordonner les acteurs de la prévention qui sont à l'origine de nombreuses initiatives. Cependant, « *la diversité des approches, le constat de doublons, le manque de coordination entre les différentes initiatives concourent à une perte d'énergie qu'il conviendrait de maîtriser au profit d'un élan structuré, mieux hiérarchisé et probablement aussi mieux maîtrisé au plan économique.* » (Aquino, 2014a, p. 46-47). En outre, cette coordination permet de répondre à une forte demande des retraités. En effet, respectivement 72 et 77 % des retraités interrogés par la CNAV souhaitent que leur caisse de retraite accentue leur rôle dans la préparation à la retraite et l'accompagnement des retraités pour un bien vieillir (Basach & Cambona, 2014, p. 71).

Nous avons vu qu'une politique interrégime (CNAV, MSA, RSI) avait été actée en janvier 2014, répondant *a priori* à cette coordination plébiscitée. Mais qu'en est-il sur le territoire ? Comment retrouvons-nous la concrétisation locale d'une stratégie issue d'organes administratifs nationaux ? Nous répondrons à cette interrogation via l'étude du PRIF, organisme cristallisant cet interrégime au sein de notre région d'enquête, l'Île-de-France.

Pour la région que nous enquêtons ce groupement interrégime existe d'ores et déjà, alors que pour bon nombre d'autres régions, c'est le nouveau projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement qui en enclenchera leur création et leur mise en activité. Deux groupements

interrégimes sont « *exemplaires* » (Dossier de presse, 2014, p. 4) le PRIP (Programme Régional Interinstitutionnel de Prévention Aquitain) en Aquitaine et le PRIF en Île-de-France. La volonté des différents régimes de retraite en IDF était de structurer les actions de prévention car « *l'émiettement* » des dispositifs déployés par un « *conglomérat d'associations* » rendait difficile d'une part la visibilité de cette prévention et d'autre part l'évaluation par les financeurs et les professionnels, alors qu'il n'était plus possible d'injecter des ressources financières « *sans comprendre quel est l'investissement* » (extrait d'entretien, Camille Mairesse, Chargée de mission, PRIF, 15 avril 2015). Ainsi, permettant de rendre lisibles les dispositifs et les acteurs aux yeux des retraités eux-mêmes, mais aussi de l'État ou des acteurs professionnels et des financeurs, une harmonisation des programmes de l'offre de services a été opérée grâce au groupement des caisses, assurant par la même plus d'efficacité.

La signature, en 2012, d'une convention régionale entre la CNAV, la MSA et le RSI – sur des objectifs de traitement prioritaire des dossiers communs – a constitué une avancée importante et conforte les habitudes de travail en commun et de partage des informations. De plus, cette convention a été étendue en 2013 en impliquant également l'ARS qui s'est engagée à renforcer la cohérence et la complémentarité des actions et des financements (fixant des objectifs de déploiement complémentaire des actions de prévention sur le territoire francilien et de bonnes pratiques partagées, vis-à-vis des opérateurs). Mais la convention a également été signée avec les départements, ce qui constitue une préfiguration des « Conférences des financeurs » attendues par la nouvelle loi autonomie et qui permet par la même la reconnaissance de cette alliance au sein des schémas gérontologiques. Le développement des actions collectives de prévention a su rester un objectif majeur et il s'est accentué en 2013 par l'implication du PRIF dans les centres de prévention Agirc-Arrco.

Le maillage territorial a aussi été une priorité pour le PRIF au vu des caractéristiques géographiques de la région : les acteurs ne se déplaçaient auparavant pas au-delà de la grande couronne. Le PRIF est par ailleurs partenaire conventionné de 4 Conseils Départementaux et en discussion avec les 4 autres, notamment dans le cadre des schémas gérontologiques et près de 300 communes (sur 513, soit près de 60 %) ont signé des conventions de mise en place d'ateliers avec le PRIF.

Ce groupement propose un « *parcours* » de prévention composé d'une offre de service globale, multifactorielle et positive. Même si « *évidemment ce sont des choses qui existent depuis bien*

plus longtemps » (extrait d'entretien, Camille Mairesse, Chargée de mission, PRIF, 15 avril 2015), depuis sa création en 2011, 10 000 seniors (sur environ 220 000 seniors Seine-et-Marnais, soit 4,5 % de la population de 60 ans et plus) ont suivi le parcours de prévention. Celui-ci s'articule autour de 5 axes : les fonctions cognitives, l'AP, la forme/bien-être, les lieux de vie et le lien social (qui est une axe transversale à l'ensemble des actions déployées). Ces 5 axes prennent actuellement forme via 8 ateliers de prévention. L'un des ateliers s'intitule « atelier du bien Vieillir », à distinguer de ceux de l'Agirc-Arrco. Cet atelier est un programme d'éducation à la santé initié par la MSA en 2005 (dans le cadre du programme national Bien Vieillir de 2003) et déployé par le PRIF depuis 2011. En territoire, les ateliers du bien vieillir, sont mis en place soit avec des partenaires associatifs (qui sont des partenaires de longues dates découlant de l'alliance nouée avant la création du PRIF avec la MSA ou la CNAV, les partenariats ont alors été reconduits malgré le regroupement des caisses) soit en créant un appel à projets (avec un cahier des charges communs et très précis laissant tout de même une marge de manœuvre aux opérateurs pour mettre en place leurs modes d'intervention parfois labellisés). Ces ateliers sont destinés aux retraités dès 55 ans¹⁰², vivant aussi bien à domicile qu'en foyer-logement et identifiés comme étant autonomes (GIR 5-6), quel que soit leur régime d'appartenance. Concernant l'AP, deux modes d'actions sont proposés et recensés au sein du rapport d'activité :

- L'Équilibre en Mouvement© qui est un programme de prévention des chutes composé de douze séances. En 2014, 132 ateliers (Encart 23) ont été réalisés contre 106 en 2013 (soit une augmentation de 25 % sur un an). Il représente plus du tiers des actions de prévention mises en œuvre avec les partenaires locaux (36,5 %). Pour cette action, le PRIF a accueilli un sixième partenaire-opérateur en décembre 2014 : l'Union française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique – UFOLEP –. Celle-ci est chargée d'une trentaine d'ateliers et déplore d'ailleurs son manque d'éducateurs pour pouvoir répondre à toutes les propositions du PRIF (extrait d'entretien, Laurence Nadaud, Conseillère Technique Nationale en charge des seniors, UFOLEP, 1er octobre 2014).

- La D-Marche© qui est un programme de sensibilisation à la marche quotidienne avec pour objectif d'augmenter l'activité physique des personnes via leur nombre de pas

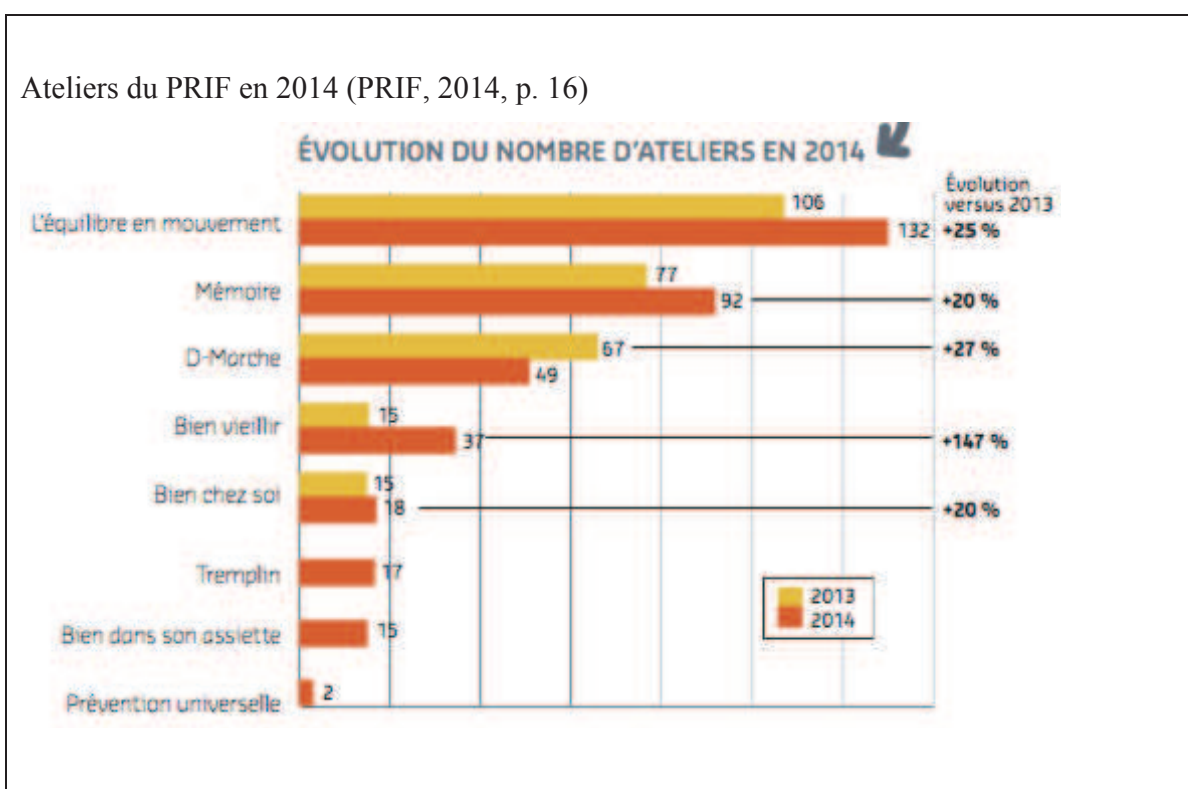
¹⁰² La moyenne d'âge des participants aux ateliers s'élève à 73 ans.

effectués au jour le jour. Le porteur des actions est unique : le groupe associatif ADAL.
En 2014, ADAL a dispensé 55 programmes (sur ses 135 réalisés au total) avec le PRIF.

Ainsi, le mode d'action privilégié par le PRIF au nom d'un vieillissement en santé est centré sur les comportements, les habitudes de vie et également le lien social.

Le PRIF, organe à la fois coordinateur et financeur des actions de prévention du vieillissement en localité, voit se concrétiser ses volontés par des opérateurs. Les opérateurs de terrain qui répondent à la demande du PRIF deviennent alors des partenaires. Et les partenaires privilégiés pour la mise en œuvre des ateliers mettant en jeu une AP sont la FFEPGV, la FFEPPM, l'UFOLEP, Siel bleu, ADAL et l'Association Gériatrique de Seine-et-Marne Centre (AGSMC). Les fédérations axées sur une pratique spécifique et/ou un public senior sont alors surreprésentés pour la prise en charge des ateliers.

Ateliers du PRIF en 2014 (PRIF, 2014, p. 16)



Encart 23 – Évolution du nombre d'ateliers 2014 – PRIF

ADAL est l'unique opérateur à pouvoir intervenir seul sur un domaine complet d'actions car c'est son modèle d'intervention labélisé qui a été subventionné. Cependant l'association « *n'est pas plus intéressée que cela* » par ces actions menées en partenariat avec le PRIF. En effet, ADAL souhaite être « *la mère* », l'élément qui met ou remet en mouvement les seniors pour qu'ensuite, volontairement ils poursuivent leurs activités en associations physiques et/ou sportives présentes dans leur commune de résidence. Et là, lorsqu'elle déploie l'intervention D-marche© via le PRIF, elle ne sait pas si la personne va travailler dans le temps, si le senior ayant suivi l'atelier va poursuivre après ses 13 séances. Outre le fait que « *l'atelier mis en place n'a aucune rentabilité* » pour l'association et leurs intervenants. Ainsi, « *sur la forme et sur le fond nous on en fait une quinzaine par an et après les fédérations, elles s'arrachent les séances.* » (extraits d'entretien, Olivier Dailly, Directeur ADAL, 7 janvier 2015).

En effet, certains opérateurs ont vu leur activité baisser suite au groupement interrégime qui fait intervenir plusieurs acteurs du monde sportif. Le conseiller technique du Comité Départemental de Gymnastique Volontaire 77 (CODEP GV 77) nous rapporte effectivement une baisse du nombre d'ateliers depuis la création du PRIF car celui-ci a su faire intervenir d'autres acteurs de terrain (comme Siel Bleu ou ADAL) mais aussi parce que son ampleur est régionale et non pas départementale. Ainsi, au détriment d'autres opérateurs, le CODEP GV 77 intervient moins qu'avant la création du PRIF : sous l'unique chapeau de la MSA, l'antenne départementale FFEPGV de Seine-et-Marne opérait un « *grand nombre d'actions* » et aujourd'hui, aucune action sur ce même département n'est prévue.

De plus, en 2015, sur 10 actions portées par la CNAV en Île-de-France, le territoire d'intervention du PRIF, seulement 3 portaient le label de l'interrégime. Deux d'entre-elles étaient organisées par un centre social et la troisième par le PRIF (qui faisait intervenir un atelier D-marche©, animé par l'association ADAL). L'unique action au nom du PRIF était donc un atelier spécifique à ADAL, touchant 612 bénéficiaires et avec comme financeurs le PRIF, 23 communes, IRCANTEC¹⁰³ et le CNRACL¹⁰⁴. Nous pouvons nous interroger sur ces données : Pourquoi, malgré la volonté du CODEP GV du 77 (par exemple) d'offrir des ateliers au nom du PRIF, l'unique porteur de projet estampillé « PRIF » est le seul qui finalement « *n'est pas plus intéressé que cela* » par cette démarche ?

¹⁰³ Caisse de retraite complémentaire des salariés de droit public.

¹⁰⁴ Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales.

Finalement, ADAL, la seule association a pouvoir intervenir en son nom propre avec un mode d'intervention qu'elle a créé de toute pièce et qui lui appartient n'est pas investie pleinement au sein de cette politique interrégime, alors que les associations issues des fédérations sportives sont extrêmement intéressées pour répondre aux appels à projet du PRIF et se partagent la part du gâteau restante.

d. Les acteurs du sport : inscription mitigée au sein d'un sport senior

i. Des modèles d'actions spécifiques

Des fédérations sportives offrent directement la possibilité d'une pratique aux 60 ans et plus. Ainsi, grâce à l'évaluation du PNBV, conduite par le Haut Conseil de Santé Publique en 2010, 15 fédérations qui agissent directement dans le domaine de la prévention du vieillissement ont été identifiées. Y figurent les fédérations françaises d'escrime, de gymnastique, de karaté, de natation, de danse, de rugby à XIII, de tennis de table, de billard, de retraite sportive (FFRS¹⁰⁵), FFEPMM Sport pour tous¹⁰⁶, FFEPGV¹⁰⁷, la fédération nationale du sport en milieu rural (FNSMR¹⁰⁸), la fédération sportive gymnique du travail (FSGT¹⁰⁹), UFOLEP et l'union

¹⁰⁵ Fédération multisports adaptée aux plus de 50 ans dont les missions sont de : Préserver la santé de chacun des membres, offrir la possibilité de pratiquer de nombreuses activités sportives physiques à moindre coût, former des animateurs bénévoles pour garantir la sécurité et la convivialité des pratiques, développer et diffuser le concept « sport, Senior, Santé® », promouvoir la place des femmes dans les instances dirigeantes, promouvoir les activités physiques et multiplier les formes de pratique et adopter de bonnes pratiques en matière de développement durable.

¹⁰⁶ Ambition de mettre à la disposition de tous une offre d'activités physiques adaptées et variées.

¹⁰⁷ L'objectif est le développement de la pratique du sport, la lutte contre la sédentarité et la diffusion des valeurs associatives auprès de tous les publics.

¹⁰⁸ Permet aux adultes, qui souhaitent *a fortiori* garder la forme, d'accéder à des loisirs sportifs, variés et conviviaux, mais également de participer à leur bon déroulement.

¹⁰⁹ Elle inscrit son activité dans le sens d'un développement des droits de tous les êtres humains à l'éducation, à la santé, au sport, à la culture et aux loisirs. Elle s'appuie sur la dynamique du bénévolat dans une vie associative où chacun doit pouvoir s'autodéterminer en relation avec les autres. Elle représente un espace de liberté où en

nationale des clubs universitaires (UNCU¹¹⁰)¹¹¹. Celles-ci possèdent une place de choix dans la mise en place de sport et APA au public senior. Elles œuvrent ainsi directement pour la prévention du vieillissement, cependant la présence de tous ces acteurs du monde sportif multiplie les dispositifs d'actions, ce qui inévitablement fragmente, ou plus justement diversifie, l'offre présente sur le territoire. Ici, le concept de fragmentation est dépassé au profit de celui de la diversification, permettant alors aux seniors de trouver une activité qui répond à leurs attentes, aussi différentes soient-elles.

Sur les 15 fédérations relevées nous en analyserons six, avec l'ajout d'une septième non présente sur le listing établi par le Haut Conseil de la Santé Publique. À savoir la Fédération Française de Golf de part la spécificité de sa pratique et du nombre de licenciés seniors qu'elle compte¹¹². Au sein des fédérations que nous proposons d'étudier, certaines sont affinitaires et multisports (4), d'autres traditionnelles (3). Les premières bien plus volontiers identifiées comme offrant la possibilité d'un « sport senior », les secondes plus axées vers la jeunesse et la compétition.

s'organisant ensemble, on peut être mieux soi-même en pratiquant le sport de son choix jusqu'à en adapter les règles dans un cadre légal.

¹¹⁰ Actions ciblant des populations seniors pour un entretien de la santé physique ou psychologique.

¹¹¹ Au sein de notre enquête quantitative ([INSÉRER RENVOI ENCART MÉTHODO CHAP. VII](#)), les fédérations les plus représentées au sein des clubs répondants accueillant du public senior sont : la Fédération Française d'Équitation (7,8 %), la FFEPGV (Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire : 7,4 %), la FF Tennis (6,6 %), la FF Judo et disciplines associées (5,2 %), la FF Football (4,8 %) puis la FF Cyclotourisme (4,3 %).

¹¹²En effet, la FFGolf accueillait en 2011 près de 17,50 % des licenciés de plus de 60 ans de Seine-et-Marne. Ce qui en fait la deuxième fédération d'affiliation des seniors sur le territoire du 77, après la FFEPGV. Source : Base de données licences du ministère des sports (2011).

Ainsi, nous nous intéresserons aux :

- Fédération Nationale du Sport en Milieu Rural¹¹³ (FNSMR)
- Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation physique¹¹⁴ (UFOLEP)
- Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire ¹¹⁵ (FFEPGV)
- Fédération Française de la Retraite Sportive¹¹⁶ (FFRS)

Mais aussi aux :

- Fédération Française de Golf (FFG)
- Fédération Française de Karaté et Disciplines Associées (FFKDA)
- Fédération Française d'Escrime (FFE)

Ces fédérations offrent donc des formes d'interventions multiples et variées qui *de facto* diversifient et nourrissent l'offre disponible sur le terrain. Le travail qui suit se propose de caractériser ces différents modes d'action.

Encart 24 - Encart méthodologique - choix des fédérations sportives analysées

La première forme d'intervention que l'on observe renvoie à la prise en compte de deux publics différents au sein même de la catégorie senior : les seniors autonomes et les seniors dépendants. En effet, certaines fédérations se sont positionnées sur ces deux publics cibles, élargissant alors le spectre de leurs interventions.

¹¹³ Créé le 02/09/1983, membre du Centre National Olympique Sportif Français – CNOSF – depuis le 25/03/1989, elle compte plus de 50 000 licenciés répartis sur plus de 700 clubs sur le territoire rural.

¹¹⁴ L'UFOLEP, membre du CNOSF, a été créée en 1928 au sein de la Ligue de l'enseignement, mouvement d'éducation populaire, afin de répondre aux attentes d'une partie de ses adhérents. Elle compte aujourd'hui 385000 licenciés dont 123000 seniors au sein de ses quelques 10000 associations sportives.

¹¹⁵ Créé en 1971 comme nous la retrouvons aujourd'hui, la fédération compte 548 000 licenciés, 6 700 clubs, et propose une activité non compétitive.

¹¹⁶ Fondée en 1982, reconnue d'utilité publique par décret le 04/11/2008 et membre associé du CNOSF. 70 000 adhérents répartis dans 400 clubs avec 3 000 animateurs seniors bénévoles.

La FFE, l'UFOLEP, la FFEPGV et la FNSMR ont décidé d'intégrer ces deux formes d'actions qui requièrent des interventions en clubs mais aussi en EHPAD.

En effet, le public cible des actions menées par la FFEscrime reste large puisque la fédération souhaite toucher aussi bien les personnes valides (s'efforçant de maintenir cet état le plus longtemps possible) que « *les personnes dépendantes en fauteuil roulant ou atteintes de maladies neurovégétatives* » (extrait d'entretien, Didier Leménagé, Directeur Technique National, Fédération Française d'Escrime, 13/03/2015). La pratique en EHPAD a donc fait l'objet d'un projet spécifique, présenté, accepté et validé par le ministère des Sports, qui a ensuite permis d'accompagner sa mise en place (en termes de financements). L'un des souhaits du DTN serait d'ailleurs de pouvoir proposer une licence « *Sport Santé* » pour que les personnes qui bénéficient de cours en EHPAD puissent souscrire à une licence au sein de la FFEscrime. Aujourd'hui 80 EHPAD sont concernés. Ainsi, la fédération ambitionne, au même titre que l'UFOLEP, offrir une pratique aux seniors dépendants.

L'UFOLEP a effectivement engagé en 2011 un vaste « *projet senior* ». La finalité de ce projet de territoire est d'offrir localement une pratique physique et sportive au public âgé. Le cœur de cible compte notamment, les retraités autonomes (pour lesquels l'accent est mis sur la prévention des maladies liées à l'âge, la préservation du lien social, et des programmes de santé adaptés) et les seniors pris en charge (pour eux les actions dans les EHPAD sont une priorité). Actuellement en cours de réalisation, nous pouvons noter la volonté d'intervenir en institution mais le déploiement n'étant pas encore effectif, nous ne pouvons pas disposer de données précises comme c'est le cas pour la FFEscrime.

La FFEPGV dispose quant à elle d'une politique et d'interventions bien plus serrées, du à son engagement dans cette thématique depuis bien plus longtemps. En effet, depuis 1993 elle est inscrite sur les thématiques du sport santé. Un quatuor d'auteurs se propose de résumer ce repositionnement par : « *Sport santé et une EPGV préventive* » (Lebecq, Morales, Saint-Martin, & Travaillot, 2013). Ainsi, au moment de nos recherches, elle possède d'ores et déjà quatre types d'interventions pour le public senior. Sur ces quatre formes d'actions, trois se concentrent sur le public autonome (avec un ciblage particulier sur les 65-75 ans) et un protocole d'intervention est mis en place à destination du public dépendant (Gym'Autonomie®, pour les plus de 75 ans vivant en EHPAD).

De plus, le Comité Départemental du Sport en Milieu Rural (de Seine-et-Marne) intervient également au sein de certains EHPAD et ce une fois par semaine, sur deux heures consécutives.

Nous verrons cependant au cours de l'analyse de notre enquête menée sur le terrain communal que l'entrée en institution par des associations sportives est complexe et ce pour diverses raisons (sensibilité du directeur d'établissement, état physique et/ou cognitif des résidents, présence de démence ou non, personnalité du personnel soignant, etc.). Ainsi, le fait que ces fédérations sportives nouent des partenariats structurants avec un certain nombre d'EHPAD mérite d'être relevé, d'autant plus que la FF Escrime, l'UFOLEP ou la FNSport en Milieu Rural ne sont pas spécialisées en sport senior. Elles auraient alors pu cantonner leurs modes d'actions aux seniors autonomes. Mais ces trois fédérations se sont bel et bien engagées à offrir une APS à l'ensemble de la catégorie senior, *a priori* sans distinction et ni discrimination.

La seconde forme d'intervention en faveur de la prévention du vieillissement par les APS met en jeu l'élaboration de programmes spécifiques par les acteurs du monde sportif. En effet, deux fédérations ont élaboré des programmes clefs en main collant aux spécificités qu'engendre ce type public. La politique générale menée par les fédérations pour s'inscrire dans la prévention du vieillissement par leur activité est toujours plus ou moins la même : lutter contre les méfaits du vieillissement via la pratique physique, préserver/améliorer/retrouver l'équilibre, et la mémoire, permettre la création et le maintien d'un lien social, etc. La FF Retraite Sportive ajoute la sécurité et la convivialité. Alors que pour la FFKDA souhaite offrir une pratique du karaté visant, entre autres déjà cités, à entretenir la mobilité articulaire, la tonicité et à lutter contre le déconditionnement de l'effort. Cependant, elles n'ont pas de programmes spécifiques comme la FFEP Gymnastique Volontaire ou la FF Escrime en ont élaboré.

La FFEPGV a effectivement créé des actions donnant lieu à des pratiques spécifiques. 4 « *produits* » sont à destination des seniors :

- Actigym'Senior®, pour les plus de 55 ans, permet de développer une bonne condition physique et conserver un capital santé grâce à des séances variées et régulières d'exercices dynamiques et de loisirs sportifs non compétitifs ;

- Gymmémoire®, pour la prévention des 65-75 ans, permet de stimuler les mécanismes intellectuels et de développer les facteurs optimisant la qualité durable de la mémoire ;
- Gym'équilibre®, pour la prévention des 65-75 ans, est un concept ayant pour base la prévention des chutes et qui permet de s'adapter à différentes situations de déséquilibre et d'y répondre le plus efficacement possible en mobilisant ou en réactivant les mécanismes réflexes ;
- Gym'autonomie®, pour l'autonomie des plus de 75 ans, se pratique dans un cadre institutionnel (EHPAD, hôpitaux, ...) et permet aux résidents une meilleure qualité de vie à travers des exercices favorisant la motricité, la verticalisation, les transferts d'appui et la prévention des chutes.

Ces programmes ont été conçus par la FFEPGV elle-même suite à un travail particulier. Des partenariats ont été noués afin de mener à bien ces travaux. Ils ont mis en jeu l'Unité de Recherche et de Formation en STAPS de Toulouse pour Actigym'Senior®, le CARSAT de Bourgogne pour Gym'équilibre®, et la fédération elle-même qui a conduit des travaux de recherche internes pour Gymmémoire® et Gym'Autonomie®. Ces deux produits internes à la FFEPGV sont purement et spécifiquement fédéraux mais tout de même pensés en concordance d'avec les dernières données issues des textes nationaux et internationaux sur le sujet.

Dans la même logique mais pour le moment moins avancé en terme de marketing, nous retrouvons deux façons de pratiquer l'escrime en salle d'armes pour les seniors : Activ'Escrime et Escrime Santé, élaborés en étroite collaboration avec le médecin fédéral.

Mais l'intégration de ce nouveau public (qu'il soit dépendant ou autonome) par les fédérations concernées, qui peut avoir fait l'objet de la création de programmes spécifiques ou non, représente des nouvelles données étrangères à des animateurs de terrain non formés pour recevoir ces licenciés seniors. Ainsi, la formation des encadrants (et parfois des dirigeants) cristallise une troisième forme d'intervention des acteurs du monde sportif. La question de la formation est très large où plusieurs acteurs se mêlent et se concurrencent : le ministère de la Jeunesse et des Sports essaie de proposer des qualifications en sport santé, en concurrence des licences APA dispensées

par les Universités, en plus des certifications spécifiques encadrées et validées par les fédérations elles-mêmes.

La FFKDA s'engage sur ce domaine avec la volonté de mise en place de formations spécifiques pour les encadrants même si ce projet va « *prendre un peu de temps* » (extrait d'entretien, Franck Richetti, Conseiller Technique National, Chargé de la Formation et du Développement, FFKDA, 27/01/2015) pour se retrouver concrètement sur le terrain. Tout comme pour l'UFOLEP qui pense que la bonne conduite du projet senior engagé repose sur l'offre de formation en direction des animateurs, des dirigeants et des professionnels.

À la FNSport en Milieu Rural, c'est l'augmentation croissante de licenciés seniors au sein de différents comités départementaux (extrait d'entretiens Philippe Del'Homme, Directeur des affaires administratives, FNSMR ; Bruno Hennebelle, Président du CRSMR ; Geoffrey Duplaix, Président du CDSMR et Bruno Naudinot, membre du CDSMR, 12/09/2014) qui a fait naître au niveau national la volonté de réunir les acteurs en présence afin de pouvoir construire des brevets fédéraux spécifiques à cette pratique et ce public. Pour ce faire, le médecin fédéral sera sollicité afin de pouvoir coordonner tout ce qui se fait dans le domaine, de façon à avoir un peu plus de visibilité dans l'objectif d'ensuite proposer des choses nouvelles aux licenciés. Au sein de la FNSMR, la spécificité de la pratique senior est donc en pleine construction grâce aux remontées du terrain.

Alors qu'à la FFEPGV, l'offre de formation est bien rôdée : les responsables forment également les animateurs pour qu'ils puissent délivrer le bon protocole sur le terrain, pour leurs 4 produits phares. L'animateur doit au préalable satisfaire à la condition de détention d'un diplôme (CQP, BPJEPS, licence STAPS, kinésithérapeute, infirmier, etc.). Suite à la reconnaissance de son diplôme par la fédération, il sera admis pour suivre trois modules (apports de connaissance, interventions sur le terrain, retour d'expérience/certification) pour pouvoir utiliser les protocoles d'interventions dans le cadre de la FFEPGV.

La quatrième forme d'intervention des acteurs sportifs se caractérise par la création d'une section, ou d'une commission, à part entière au sein de la fédération mère, dédiée au sport santé, puis, au sport senior. Nous ne retrouvons pas au sein de la FFGolf de section dédiée aux seniors. Ce qui peut être expliqué par le fait que ce sport est déjà convoité par les seniors. La FFGolf n'a donc pas besoin de créer une commission spécifique, le public étant déjà « acquis », du moins il

représente déjà la majorité des licenciés de la fédération (près de 46 % des licenciés ont plus de 55 ans en 2013)¹¹⁷. De plus, pour la FFRetraite Sportive et la FFEPGymnastique Volontaire le public senior constitue le cœur de leurs interventions, ainsi des commissions spécialisées seraient inutiles.

En revanche pour les FFKDA, FFEscime et UFOLEP, le public senior a fait l'objet d'une attention toute particulière.

À la FFKDA et la FFEscime cette section est plus axée sur le sport santé de manière générale que sur le sport senior spécifiquement. La FFKDA est « *en pleine réflexion* » (extrait d'entretien, Franck Richetti, Conseiller Technique National, Chargé de la Formation et du Développement, FFKDA, 27/01/2015) sur le sujet du sport senior mais a d'ores et déjà créé une commission « Karaté Santé »¹¹⁸. Cette commission a vu le jour et la discussion/réflexion a été entreprise car la fédération est sensibilisée et engagée dans les attentes de santé publique. De la même manière, dans la logique de répondre à la demande gouvernementale, la FFEscime a mis en place une section sport santé. Au départ, la section senior était indépendante de la section sport santé, puis l'offre s'est étendue pour répondre au cadre de santé et cela a permis d'ouvrir la pratique à des personnes encore plus avancées en âge que celles qui étaient déjà effectivement licenciées.

Alors qu'à l'UFOLEP, nous notons la création à part entière d'une commission sport senior. En effet, en 2011, la fédération recrute Laurence Nadaud en tant que Conseillère Technique Nationale, qui a l'envie et la motivation pour engager un vaste « projet senior ». Ce projet, extrêmement ambitieux et à la pointe des recommandations internationales, permet de répondre à la volonté de la fédération qui était de se structurer pour agir au mieux à l'échelle des territoires. Ainsi, une section à part entière a été créée au sein de l'UFOLEP.

Ces nouvelles sections/commissions ont vu le jour suite à la volonté des dirigeants de répondre/s'inscrire au sein des priorités/volontés du gouvernement et ainsi répondre aux problématiques de santé publique. Quant à elle, la FNSport en Milieu Rural réfléchit actuellement à l'ouverture d'une section axée uniquement sur une politique sport senior, cependant elle est en cours d'élaboration et est surtout due aux remontées de terrain (celles du Comité Régional Ile-de-

¹¹⁷ Source : Statistiques FFGolf 2012.

¹¹⁸ Composée de 3 personnes : le médecin fédéral, le directeur pédagogique de la fédération national sport et cancer et le CTN qui est sensibilisé à ce sujet.

France et plus encore du Comité Départemental de Seine-et-Marne où les choses sont belles et bien engagées comme nous le verrons au sein de la forme d'intervention suivante).

Ces créations de section/commission à part entière peuvent être engendrées par des remontées de ce qui se passe effectivement sur le terrain. En effet, des cadres d'action sont construits et des dispositifs sont mis en place en dehors du canevas institué par les sphères hiérarchiquement supérieures (cinquième forme d'intervention des acteurs du champ sportif). Grâce aux remontées des clubs ou parfois des comités départementaux, dans une démarche Bottom Up (Lascoumes & Le Galès, 2012), des changements et des évolutions peuvent avoir lieu au sein des échelles supérieures. Ainsi, la FNSport en Milieu Rural, la FF Escrime et l'UFOLEP ont vu la création d'une section grâce aux constats locaux.

La FNSport en Milieu Rural n'établit pas encore de politique fédérale spécifique au public âgé (extrait d'entretien, Philippe Del'Homme, Directeur des affaires administratives de la fédération, 12/09/2014) mais des pratiques remontent des comités. En effet, a été noté par le Directeur des affaires administratives de la fédération (extrait d'entretien, Philippe Del'Homme, 12/09/2014) une sensibilisation très particulière à la pratique des seniors due notamment à une forte augmentation de manière continue de la pratique de la marche nordique attirant des licenciés de 60 ans et plus. En effet, le Comité Départemental du Sport en Milieu Rural du 77 innove en faisant et en proposant du sport senior à ses licenciés via ses clubs. Ce dispositif est innovant dans le sens où il a pris forme et se développe en dehors de tout cadre national (FNMSMR). Certes la réflexion est en cours à la fédération mais il n'y a pas d'axes définis, et il n'existe pas de politique générale fédérale concernant les seniors. Le CDSport en Milieu Rural du 77 tente maintenant de développer le sport senior grâce à la mise en place de quatre axes réfléchis, présentés et acceptés par les membres du Comité, à savoir : l'intergénérationnel, l'intervention en associations et en EHPAD (une fois par semaine sur deux heures consécutives) et la formation d'éducateurs à la marche nordique. N'ayant pas réussi à trouver des licenciés seniors en nombre suffisamment important auparavant, avec ces quatre axes d'interventions posés, le Comité Départemental espère arriver à convaincre le public-cible à pratiquer une APS au sein de leurs associations.

C'en est aussi ainsi pour la FF Escrime pour laquelle les données de terrain ont été importantes dans la création de l'escrime senior, pour laquelle un guide spécifique a d'ailleurs été édité.

Concernant l'UFOLEP, avant 2011, elle est vierge de toute politique visant le public senior et souhaite changer la donne car des initiatives ont bien lieu en localement, le recrutement d'une personne dédiée à la création d'une politique sport senior permettra à la fédération de répondre alors aux demandes remontées du terrain. Actuellement en cours de réalisation, ce sont les choses institutionnelles qui sont entrain de se mettre en place. Concrètement, sur le terrain, cela n'a pas encore pris forme, cependant, nous retrouvons bel et bien au sein du Comité Ile-de-France, des actions spécifiques seniors. Ces actions sont donc à la marge du réel « projet senior » fédéral mais elles existent et se généraliseront par la suite servant alors de point de départ. Comme nous l'avons vu théoriquement, ici aussi des cadres d'actions sont construits et menés en dehors des sphères hiérarchiquement supérieures.

Des choses fonctionnent sur le terrain, en dehors des cadres fédéraux nationaux. Nous pouvons alors nous interroger sur ce fait : pourquoi nous retrouvons cela au sein de certaines fédérations (surtout les multisports et affinitaires) et pas d'autres ? Le caractère « en dehors des orientations prioritaires fédérales » est-il plus prégnant au sein de comités où les pratiques sont moins dictées par la fédération, moins strictes ? Où les acteurs de terrain ont une marge d'intervention plus grande que d'autres ? Quoi qu'il en soit, le public senior est un nouveau public et les politiques fédérales commencent tout juste à se structurer sur ce point.

En outre, une fédération propose en plus des activités « extra-clubs ». C'est-à-dire qu'elle propose à ses licenciés seniors des choses en dehors de leur pratique habituelle. Cette sixième forme d'intervention des acteurs sportifs se retrouve au sein de la FFRetraite Sportive, fédération affinitaire et multisports où la convivialité, l'échange et le plaisir sont les maîtres mots qui dictent l'encadrement et la pratique.

Réservée aux quinquagénaires et plus, cette fédération propose effectivement des séjours de loisirs sportifs. De plus, elle tient à informer ses licenciés sur de nombreux thèmes via leur magazine trimestriel « Vital'ité ». En outre, le Comité Départemental de la Retraite Sportive du 77, en plus d'éditer un journal trimestriel recensant les animations et activités des clubs du département, organise une fois par semaine des randonnées pédestres qui regroupent les 6 clubs de Seine-et-Marne. Cette activité de randonnée est choisie de par son accessibilité¹¹⁹ et elle

¹¹⁹ Elle est gratuite, ne demande pas d'équipement sportif spécifique à réserver et la majorité des licenciés du Comité est inscrit dans l'activité « marche nordique ».

rassemble environ 200 personnes sur chaque rendez-vous. Le même dispositif est proposé pour l'activité cyclotourisme. De plus, le CODERS organise entre cinq à sept séjours sportifs par an, comme le souhaite la fédération.

La recherche de partenariats est forte pour certains acteurs et constitue la septième forme d'intervention des opérateurs issus du milieu du sport. La FFGolf, la FFEscrime, la FNSport en Milieu Rural et l'UFOLEP répondent à cette logique.

La FNSport en Milieu Rural a su tisser des liens avec la FFGolf et la FFEscrime pour étendre son spectre de pratiques. La spécificité de la FNSport en Milieu Rural n'est effectivement pas l'âge mais le milieu de pratique : le milieu rural. Impliquée dans le sport senior (près de 46 % des licenciés ont plus de 55 ans en 2013¹²⁰), nous retrouvons donc la FFGolf partenaire de la FNSport en Milieu Rural ce qui reflète la volonté d'offrir cette pratique sur un territoire le plus maillé possible¹²¹ : le Golf fournit les lieux de pratique, les « kif golf » et les enseignants, et la FNSMR apporte les pratiquants.

De plus la FNSport en Milieu Rural a su également étendre ses interventions via des partenariats structurants avec des établissements recevant des personnes âgées dépendantes. Ces partenariats mettent en jeu le secteur sanitaire et non plus sportif, tout comme le font la FFEPGymnastique Volontaire et FFEscrime. Sortant du spectre sportif, ces trois fédérations ont su étendre leur champ d'intervention grâce à ces liens extra-sportifs.

Pour répondre à ses priorités, l'UFOLEP souhaite également faire la part belle à la mutualisation et aux partenariats permettant la montée en compétences des acteurs du réseau. L'objectif du projet est, autour de la notion existentielle de territoire, de préserver le capital santé, de permettre l'accessibilité de la pratique pour tous les seniors, de créer et/ou préserver le lien social, lutter contre toute forme d'inactivité et enfin de maintenir l'autonomie. Pour cela, Laurence Nadaud (CTN à la fédération en charge du projet senior) sait qu'elle va devoir impulser la volonté de s'associer avec les différents acteurs concernés, la volonté de s'intégrer (ou même d'impulser) les politiques sociales liées à l'âge et d'accompagner les structures chargées de les mettre en place.

¹²⁰ Source : Statistiques FFGolf 2012.

¹²¹ Sans toute fois occulter les incidences économiques et promotionnelles que détient le fait de couvrir plus de territoire et de toucher plus de monde.

La huitième et dernière forme d'intervention (Tableau 5) de ces opérateurs sportifs est la volonté de s'intégrer pleinement au sein des problématiques gouvernementales pour ainsi répondre aux attentes des financeurs et avoir effectivement la possibilité d'obtenir des subventions pour la réalisation de leurs actions. Bien que certaines fédérations, celles non spécialisées en sport senior, montent de toutes pièces ces actions justement pour obtenir des financements. Sans ces dossiers de subventions reflétant les problématiques étatiques, et pleinement inscrites au CNDS, elles n'auraient pas lancé de telles opérations en faveur du public senior. Alors que les fédérations affinitaires et multisports s'inscrivent dans une démarche différente : elles essayent d'obtenir une aide suite aux actions qui sont d'ores et déjà bien ancrées dans leurs habitudes et parfois au sein des politiques menées en clubs, comités, ligues et fédérations. Les subventions ne déterminent pas leurs actions, avec ou sans, elles proposent des pratiques physiques et sportives aux seniors.

Modes d'interventions	Définition
1	Prise en compte du public senior dépendant et autonome
2	Élaboration de programmes et contenus spécifiques
3	Formation des encadrants et des dirigeants
4	Création d'une section spécifique au sein de la fédération
5	Actions des clubs extra-fédérales
6	Activités en dehors de la pratique habituelle
7	Recherche de partenariats
8	Intégration dans les politiques nationales de santé publique

Tableau 5 - Récapitulatif des modes d'interventions

ii. Des logiques de protection des modes d'interventions face à la concurrence

Ces nouvelles actions (accueil d'un nouveau public, dépendant ou non, création de programmes physiques et sportifs dédiés et formation des encadrants-dirigeants) demandent alors parfois d'être protégées vis-à-vis de la concurrence. En effet, nous avons vu que la logique d'appels à projet menée par les financeurs (mode d'action indirect de l'interrégime) multiplie les prestataires de service, ainsi cela augmente la concurrence dans le champ et chaque opérateur souhaite devenir et être reconnu comme leader sur le marché. Ou au moins, ces opérateurs issus du monde sportif souhaitent être identifiables (puis identifiés) comme pouvant pleinement s'inscrire (et s'inscrivant) au sein de ces modes d'interventions. Non d'usage courant dans le sport, la labélisation des protocoles, des actions ou des modes d'interventions l'est dans la sphère du sport santé. Ce processus est caractéristique de la FFEscime, FFEPGymnastique Volontaire et de la FFRetraite Sportive.

La labellisation d'un programme permet plusieurs choses. La première est de démontrer une compétence, celle de l'acteur qui porte le label. Tout comme la FFEPGV, la FFRetraite Sportive a d'ores et déjà acquis un label : « *Sport-Senior-Santé®* ». Celui-ci renvoie à l'assurance qu'en clubs, les seniors peuvent se voir dispenser une pratique régulière complémentaire à des activités physiques variées (trois pratiques physiques et sportives de force, souplesse, renforcement de l'appareil cardio-vasculaire¹²²). Ce label représente pour eux un réel concept, celui d'ajouter de la vie aux années. De surcroît, pour le créateur du label, ce processus permet aussi de démontrer l'expertise de celui-ci pour concevoir un programme adapté aux pratiques physiques du public âgé.

De plus, il sert également à prouver les effets bénéfiques de l'AP sur la santé des seniors.

Et concrètement, un label permet surtout de définir un format type pour une prestation donnée (nombre d'heure, contenus, tarification, etc.). Nous avons vu que la FFEscime propose deux manières de pratiquer l'escrime à ses licenciés seniors : Activ'Escrime et Escrime Santé. La fédération souhaite faire une demande de création de labels pour celles-ci tout comme nous le retrouvons au sein de la FFEPGV. En effet, cette fédération possède quatre « *produits* » à

¹²² Il ne manque que l'équilibre pour coller aux recommandations internationales, mais celui-ci est présent au sein du listing des bénéfices procurés à pratiquer à la FFRS.

destination des seniors (Actigym'Senior®, Gymmémoire®, Gym'équilibre® et Gym'autonomie®), chacun étant une marque déposée et protégée.

Enfin, et surtout, la labellisation permet aux acteurs de se distinguer de la concurrence. Les opérateurs de terrain veulent effectivement être reconnus comme expert sur le marché du sport senior pour s'offrir toutes les chances possibles de décrocher les appels à projet lancés par les financeurs. Ainsi, la labélisation constitue pour certains un passage obligatoire pour d'une part la protection de leurs compétences, savoir-faire et *in fine* de leurs « produits » et d'autre part leur offrir un gain de lisibilité et visibilité par les acteurs institutionnels et les financeurs.

La FFEPGV se positionne sur le sport santé, dont elle souhaite défendre et revendiquer son statut de créatrice en 2010 de la « *marque Sport Santé* », puis dans un deuxième temps, leader (entre 2010 et 2013) au travers de son plan de communication pour ensuite devenir garant de la définition et de la protection de la marque (jusqu'en 2017) via son plan de développement. En d'autres termes, elle « *crée, développe et protège* » sa marque via ses différents labels.

iii. Des financeurs publics soumis aux besoins d'unité des actions

C'est spécifiquement pour répondre à une demande du gouvernement que la FF Escrime a mis en place une section sport santé et une section senior. Tout comme au sein de la FFKDA où la discussion/réflexion autour d'un karaté senior a été entreprise car la fédération est sensibilisée et engagée dans les attentes de santé publique. En effet, le CTN appuie l'intérêt de développer la pratique du karaté comme outil de prévention de la santé afin de répondre aux objectifs de santé publique.

Quant à la fédération de Golf, elle se dit engagée autour des enjeux de santé publique de manière plus implicite mais réelle. Elle est actrice du phénomène par le fait que la pratique du golf en plus de faire marcher de manière conséquente en pleine nature, elle répond aux caractéristiques d'un « sport santé » (extrait d'entretien, Olivier Rouillon, Médecin Fédéral National, Médecin des équipes de France, Fédération Française de Golf, 02/032015).

Alors que la FF Retraite Sportive et l'UFOLEP vont un peu plus loin que les autres. La Retraite Sportive n'estime non pas simplement s'insérer au sein des orientations nationales (préserver l'autonomie), elle affirme bel et bien permettre la réalisation de ces volontés étatiques, participant

activement au maintien et à l'amélioration du capital santé des seniors (Deshayes, 2014). Et l'UFOLEP souhaite pleinement s'inscrire au sein de la prévention du vieillissement mais elle ambitionne surtout à se placer comme acteur à part entière de celle-ci, que ce soit au sein des orientations nationales mais aussi de celles qui sont promues par les niveaux européen et international. Ainsi, elle revêt une dimension nationale et extranationale.

« *L'UFOLEP veut être perçue comme une solution aux problèmes.* » (extrait d'entretien, Laurence Nadaud, Conseillère Technique Nationale, UFOLEP, 01/10/2014).

Pour la FNSport en Milieu Rural les choses diffèrent un peu. Elle s'inscrit au sein des orientations gouvernementales non pas spécifiquement pour y répondre, mais bien plus parce qu'elle veut permettre aux individus, quel que soit le milieu social ou l'âge, de préserver ou améliorer leur capital santé grâce aux activités.

Cette volonté implicite, explicite, de manière volontaire ou détournée, de s'inscrire au sein des priorités nationales peut se concrétiser par le biais des dossiers de demandes de subventions que délivre le CNDS via ses entités déconcentrées localement. Constituants les seuls moyens de reconnaissance et de visibilité, certaines fédérations encouragent pleinement leurs comités et clubs à se positionner.

Ainsi, de nombreuses actions et dispositifs sont encouragés à être mis en œuvre sur le terrain par les acteurs du sport. Ces actions dépendent du gouvernement via les orientations prioritaires qu'il donne au travers du ministère en charge du sport.

Ainsi, l'échelon national se charge de piloter les actions, ensuite il rend visible ce qui est effectivement fait dans les territoires puis il tentera d'extraire les bonnes pratiques pour pouvoir permettre leur généralisation ou « *industrialisation* » comme le nomment les acteurs en présence. La réplique des bonnes pratiques est rendue possible notamment par le partage de connaissances, la mise à disposition d'outils, l'accompagnement des acteurs, etc. La généralisation des dispositifs permet de créer une réelle culture partagée de la prévention du vieillissement par les APS et de constituer un réseau d'acteurs qui partagent les mêmes volontés et façons de faire, au sein des fédérations sportives mais aussi avec les financeurs et les opérateurs. Ces réseaux permettent de réduire le problème de la fragmentation et donc du saupoudrage, de la multitude

d'acteurs, de dispositifs qui conduisent à l'apparition d'une nébuleuse aux contours flous, non accessible au public cible et non visible par les institutions et les financeurs. Cependant, dans un souci d'unité des actions et pour éviter le saupoudrage, les financeurs sont tenus à favoriser les gros projets.

Ce faisant, la Direction Régional de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – DRJSCS – transmet les orientations reçues du niveau national. Ainsi, nous retrouvons au sein de la campagne de demandes de subventions du CNDS pour l'année 2015 (document en annexe 5, p. 421) toutes les structures qui favoriseront et permettront l'accès à la pratique aux seniors. Cependant, certaines associations (majoritairement issues des fédérations affinitaires et multisports) ont du mal à répondre aux dossiers de demandes de subvention et font l'impasse sur ceux-ci préférant collecter des fonds (plus importants) de manière plus accessible et moins coûteuse en moyens humains.

En effet, la Région (via la DRJSCS et le Centre Régional Olympique et Sportif d'Île-de-France – CROSIF –) accorde des subventions mais il est difficile pour les acteurs d'en bénéficier, ce qui complexifie et brouille la visibilité des dispositifs efficaces sur le terrain, au niveau sportif du moins. Pour étayer nos propos nous prendrons l'exemple du Comité Régional et Départemental de la FNSport en Milieu Rural qui relayent le fait que les associations préfèrent se procurer des fonds en faisant d'autres choses que de répondre aux demandes de subventions établies au niveau régional (qui accorde 1 000€ – Geoffrey Duplaix, Président du CDSMR, 12/09/2014 –), car ils n'ont de toute façon que très peu de chances d'y parvenir. Pour celles qui souhaitent tout de même tenter l'aventure, certains comités organisent des formations pour que les clubs soient en mesure d'y répondre correctement. En sachant que ces dossiers sont l'un des moyens privilégiés pour pouvoir recenser les acteurs qui sont partie prenante dans la prévention du vieillissement par les APS, un problème de taille survient inévitablement.

« On est obligé de fermer la porte, non pas parce que nous avons trop de monde mais pour pas que les gens ne partent en courant ! Dès qu'ils voient la complexité du dossier et notamment du plan de développement, ils veulent partir. (...) À chaque fois qu'un dossier a été monté, il a été accepté. Mais bon, on en avait une dizaine il y a 10 ans, aujourd'hui nous n'en avons plus que 4 ou 5. » (extrait d'entretien, Bruno Naudinot, CDSMR, 12/09/2014).

De plus, le CODERetraite Sportive du 77 souligne également à son niveau le problème des dossiers de demande de subventions. Bien que celui-ci ne soit pas propre au sport senior, le rapport coût/bénéfice s'est inversé, ainsi il préfère ne plus en faire la demande. La recherche de partenariat privé commence alors à murir dans les esprits afin de palier aux subventions qui sont soit minimales, soit inaccessibles.

« Sans compter que maintenant que vous faites une demande de subvention, alors là, ce sont des dossiers comme ça ! (Mime une montagne). Le pompon cette année ça a été le CNDS... Alors là... L'année prochaine, je ne vais pas le demander. Parce qu'à la limite ça me coûte plus de faire le dossier que d'avoir la subvention ! J'exagère à peine en plus ! C'est de la folie furieuse... Donc, j'ai des clubs qui n'ont pas fait leur demande de subventions au CNDS. Les administrations de manière générale découragent le peu de bénévoles que l'on a. » (extrait d'entretien, Christian Barthe, Président du CODERS 77, 16/06/2014).

Et le CODEP Gymnastique Volontaire du 77 souligne la même entrave : ses associations passent au travers des subventions. Selon eux, le mouvement sportif a moins d'argent venu de l'État, ainsi ils (l'État et le CNDS) complexifient les choses, ce qui constitue finalement un moyen de sélection comme un autre. Moyen qui fait tout de même la part belle aux fédérations capables d'avoir les moyens humains, financiers et les compétences en interne pour y répondre et y accéder, moyen limitant le saupoudrage et militant pour une unité d'actions et de dispositifs.

Un autre axe de la politique sportive régionale est de promouvoir le sport comme levier de santé publique. C'est dans ce contexte que le CNOSF organise, par le biais de ses associations, des journées de promotion de l'activité physique à tout âge et de tout milieu : « Sport, Santé, Bien-être » ou « Sentez-vous sport, santé vous bien » (SVS). Ces opérations, dont la 6ème édition a eu lieu en 2015, sont portées par les fédérations, en partenariat avec l'Association des Maires de France et co-organisées par le CNOSF, le ministère de la Santé et des Sports et la Mutualité Française.

Ces actions sont d'une importance capitale pour les associations car elles permettent leur visibilité et leur lisibilité, comme en atteste les directives nationales reprises par les organes

déconcentrés au niveau régional¹²³. Ainsi, afin de permettre aux professionnels de santé et au grand public d'identifier les offres sportives reconnues de qualité par les pouvoirs publics, les associations partenaires ou organisatrices de SVS doivent s'identifier auprès du CROSIF. Cette action est également déclinée au niveau départemental portée par le Centre Départemental Olympique et Sportif – CDOS –, le Conseil Départemental et la Direction Départemental de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – DDJSCS – ainsi que des comités sportifs de certaines fédérations. Le CDOS 77 rassemble 62 Comités Départementaux¹²⁴, 3 840 associations et 296 150 licenciés, et a financé 23 associations et 7 comités départementaux pour les actions « Sport Santé » en 2013. Cependant, ces financements s'adressent majoritairement aux fédérations qui ont pour cible prioritaire les jeunes et la compétition. Ainsi le Comité Départemental de la Retraite Sportive du 77¹²⁵, par exemple, est présent à chaque rendez-vous animé par le CDOS de Seine-et-Marne mais ne se sent pas écouté car il estime ne pas constituer de poids face aux autres comités dont les pratiques et/ou le public ne sont pas spécialisés pour les seniors, bien plus fort numériquement.

Cependant, pour cet axe également nous mettons au jour, via nos enquêtes qualitatives, des blocages dans les rouages de la machine des subventions. De nombreux acteurs ne sont pas identifiés par le CROSIF et donc par les échelons nationaux (CNOSF, ministère du sport mais aussi de la santé et des personnes âgées ou encore de l'Assurance Retraite), faute de temps, de compétences et de personnels. Ainsi, ils passent au travers des radars et demeurent méconnus, voire inconnus, malgré la pertinence et la force de leurs propositions et actions : ils sont actifs malgré tout mais non reconnus. En effet, certaines actions sont menées en dehors du label « SVS », comme celles du Comité Départemental du Sport en Milieu Rural du 77, pourtant organisateur durant des années des opérations « *Sentez-vous sport* ». Celui-ci a été évincé du dispositif pour diverses raisons politiques et géographiques. Le Comité ne s'inscrit donc plus dans le dispositif SVS et n'a pas fait l'effort de demander la labélisation de son action qu'il

¹²³ « Un soutien sera apporté aux actions déployées dans le cadre de l'opération « *Sentez-vous sport* » permettant d'offrir une lisibilité aux acteurs du mouvement sportif actifs dans le champ de la promotion de la santé par le sport. », Note d'orientation régionale- Campagne CNDS 2016, Île-de-France, p. 5.

¹²⁴ 27 comités olympiques, 20 comités sportifs, 8 comités multisports et affinitaires, 2 fédérations scolaires et départementales, 3 membres associés et 2 clubs associés.

¹²⁵ Comité Départemental de la Retraite sportive.

continue pourtant d'organiser sur son territoire d'intervention, car « *ce n'est pas le label qui va nous apporter quelque chose en plus, donc bon...* » (extrait d'entretien, Bruno Hennebelle – CRSMR – se justifiant auprès de Philippe Del'Homme –FNSMR– quant à leur mise à l'écart acceptée due à des incompatibilités de personnalités/caractères). La personne à la tête du niveau départemental appuie également cette décision en avançant un argument plus humain : « *Et puis, à la rigueur, l'important ce sont les personnes qui viennent... C'est avoir un moment de convivialité (...) ça c'est notre récompense, le reste... bon...* » (extrait d'entretien, Bruno Naudinot, CDSMR, 12/09/2014). Touchant 700 personnes en moyenne, et 400 personnes au minimum, l'action organisée en dehors du cadre sportif labélisé et reconnu par les pouvoirs publics n'est donc pas identifiée et reconnue par les instances politiques. De surcroît l'antenne IDF de la FNSMR n'est donc pas envisagée comme étant acteur de la prévention du vieillissement par les APS, alors que concrètement sur le terrain, elle touche énormément de seniors. Ainsi, ces actions ne sont pas répertoriées, ni même identifiées, ce qui complexifie la lecture des dispositifs, et des acteurs. Cependant, pour la FNSport en Milieu Rural l'enjeu est bel et bien l'action et non pas la visibilité, Ainsi, elle continue d'organiser ce genre de manifestation, bien que la visibilité serait évidemment une valeur ajoutée pour elle. Nous nous rendons compte, via nos entretiens, que le CROS d'Île-de-France met à l'écart les fédérations multisports affinitaires, qui ne portent pas en leur sein les valeurs de l'Olympisme. L'unique acteur au niveau régional du monde sportif évince alors des grands rassemblements ces comités au profit de comités départementaux de « *vraies fédérations sportives* ». Selon Bruno Hennebelle (Président du CRSMR Île-de-France, 12/09/2014) le CROSIF ne joue pas son rôle principal : celui de la promotion des APS, quelles qu'elles soient.

« Enfin voilà, y'a une crise existentielle, normalement il devrait y avoir un rôle de développement et de fédérer mais aujourd'hui, à part ça... Y'a pas lieu. » (extrait d'entretien, Bruno Hennebelle, Président du CRSMR Île-de-France, 12/09/2014).

Le directeur des affaires administratives de la fédération résume de manière plus politiquement correcte la situation actuelle de la manière suivante :

« *Le collègue des fédérations multisports affinitaires a du mal à exister.* », (extrait d'entretien, Philippe Del'Homme, directeur des affaires administratives, FNSMR, 12/09/2014).

Selon la FNSport en Milieu Rural, et ses organes déconcentrés en région Île-de-France et en département Seine-et-Marnais, au travers de ces subventions, la volonté de l'État est très claire : « *arrêter de saupoudrer...* » et privilégier de gros projets mais « *Il n'y a que les grosses structures qui peuvent porter ces gros projets* » (extrait d'entretien, Bruno Naudinot, CDSMR, 12/09/2014).

Les fédérations sportives traditionnelles s'inscrivent au sein de la prévention du vieillissement par les APS et sont reconnues comme actrices conséquentes (au vu de la place qui leur est accordée au sein des directives nationales) de celle-ci via les dossiers CNDS établis au niveau national et redirigés en régions via le duo DRJSCS/CROS puis en départements grâce aux DDJSCS/CDOS. Elles proposent ainsi des dispositifs et des actions en territoire connus et reconnus par les niveaux hiérarchiquement supérieurs. En effet, la commission territoriale, au sein du document faisant état de la politique régionale d'Île-de-France pour l'année 2015¹²⁶, estime que l'une des priorités en matière de sport santé est d'offrir « *une lisibilité aux acteurs du mouvement sportif actifs dans le champ de la promotion de la santé par le sport par un soutien à l'opération « Sentez-vous sport»* » (document complet en annexe 6, p. 428). *A contrario*, les acteurs n'en bénéficiant pas demeurent inconnus. Le moyen d'existence restant aux autres fédérations (multisports, spécialistes de la santé ou des seniors) est de s'insérer au sein des dispositifs de prévention du PRIF en répondant à leurs appels à projet. En d'autres termes, le monde sportif, via son ministère puis ses structures déconcentrées en territoire, fait la part belle aux acteurs d'ores et déjà clairement identifiés par leurs propres institutions en mettant de côté les acteurs un peu plus originaux de part leur activité ou cœur de cible privilégié. Ainsi le Comité

¹²⁶ Faisant référence à la Directive 2015 d'attribution des subventions de fonctionnement de la part territoriale, à la lettre d'orientations de Monsieur le ministre des sports, de Monsieur le secrétaire d'Etat aux sports et au Directeur général du CNDS, à la Directive nationale d'orientation pour 2015 des politiques de la cohésion sociale, du droit des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports.

Départementale de la Retraite Sportive du 77 par exemple se sent ainsi évincé des politiques départementales sportives qu'elles viennent du CDOS ou de la DDJSCS.

« Donc par exemple, nous avons un siège au niveau du CDOS 77... Alors bon eux, ne nous donnent pas d'argent enfin... On a une voix, sur une quarantaine de sièges. Alors il y a des disciplines, je crois que ça doit être l'athlétisme, ils ont quatre voix ou plus. Alors évidemment, nous, bon... mais on y est au moins ! Si on veut lever la main lors de l'AG, on peut la lever et on va nous écouter ! Enfin, on va nous entendre au moins. (...) Nous avons des rapports un petit peu épistolaires dans la mesure où les activités qu'ils défendent ce sont des activités pour les jeunes... SURTOUT compétition ! Alors ça, c'est ! Nous qui sommes hors compétition, alors là : "Oulàlà ! Qu'est-ce-qu'il vient faire là lui ?!". Mais ça ne fait rien, on y est quand même. (...) On est représenté. Si on n'y est pas le siège est vide et on ne nous entendra jamais, Si on y est, on est au moins là... » (extraits d'entretien, Christian Barthe, Président du CODERS 77, 16/06/2014).

La DDJSCS du 77 défend la nécessité dans un contexte économique complexe de ne soutenir que les associations qui mettent en place un réel projet où le président de club doit devenir un chef de projet. Sur le terrain, elle se rend compte que de petits clubs pourraient y prétendre, cependant, elle défend aussi l'idée qu'elle ne peut pas remplir le dossier à leur place et devenir juge et partie. Elle renvoie alors la balle au CDOS qui ne communique *« peut-être pas suffisamment bien »* pour accompagner ces structures qui s'inscrivent pourtant pleinement au sein des priorités nationales, régionales et départementales.

Étayant un peu plus nos propos, lors de notre entretien avec Florent Nowakowski, référent sport-santé à la DDJSCS de Seine-et-Marne, nous a été révélé que les priorités nationales se concentrent effectivement sur la thématique du « sport-santé ». Ainsi, la DDJSCS, via son Pôle Sport pour Tous a développé une thématique « Sport-Santé » en s'appuyant sur des partenariats structurants avec *« des associations sportives qui ont un impact au niveau départemental, surtout en ce qui concerne l'attractivité, leur capacité d'attirer le public et de proposer une activité sportive qui est en concordance avec les priorités ministérielles »* (extrait d'entretien, Florent Nowakowski, référent sport-santé, DDJSCS 77, 23/06/2014). Or, les priorités visent aussi bien les jeunes que les moins jeunes. Alors, l'écrasante majorité des associations partenaires

investissent pleinement le CDOS 77 et sont des clubs rattachés aux fédérations sportives traditionnelles. En effet, chiffres à l'appui, 66 projets, via 66 clubs, ont été subventionnés par la DDJSCS 77 au titre de la santé en 2014 (tableau complet en annexe 7, p. 431). Les actions visent la lutte contre la sédentarité mais celle-ci prend en compte aussi bien les jeunes que les adultes de plus de 50 ans. Cependant, nous savons que 20 % des projets concernent les 50 ans et plus. Les 66 clubs subventionnés (sur 400 demandes reçues) comptent :

- deux clubs affiliés à la retraite sportive (750 et 800 euros) ;
- un club affilié à la randonnée pédestre (peut être orienté vers les jeunes, 1500 euros) ;
- deux clubs UFOLEP (qui peuvent être orientés jeunes) ;
- deux clubs rattachés au Sport en Milieu Rural (qui peuvent être orientés jeunes).

Ainsi nous sommes sûrs que deux clubs sur les 66 reçus, ont bénéficié d'une subvention pour leurs dispositifs de prévention de la sédentarité chez les plus de 50 ans. Ce qui fait au moins 3 % des actions qui concernent un vieillissement en santé par les APS. Selon le référent sport-santé de la DDJSCS ceci est dû au fait que l'accueil de public senior en club est moins évident que celui des jeunes et que les associations répondantes aux subventions, se concentrent sur le public qu'elles ont d'ores et déjà acquis et qu'elles souhaitent pérenniser (extrait d'entretien, Florent Nowakowski, référent sport-santé, DDJSCS 77, 23/06/2014). De plus, n'ont été retenues que les associations proposant 3 à 4 créneaux par semaine et délivrant une activité sportive visant « 60 % de la capacité maximale » de l'individu, « sans pour autant entrer dans une logique compétitive ». Pourtant contradictoire avec le rôle du CNDS, les associations qui défendent des activités en deçà ont *de facto* été évincées. Cette entrave à leur développement est justifiée par la DDJSCS par le fait que son rôle n'est pas d'inciter mais d'accompagner. Ici, l'État n'est plus incitateur comme nous avons pu le voir auparavant, il est « accompagnateur » via ses entités déconcentrées localement. Il perd ainsi son rôle, il perd sa « centralité » et concourt par la même à l'affirmation d'autres acteurs clefs (Hassenteufel, 2011, p. 230). Cet accompagnement ne pouvant venir que suite à l'investissement premier de l'association. Ainsi, le référent sport-santé admet sans détour que les financements tombent dans les mêmes mains. Cependant, c'est bien la politique du ministère qui se veut incitative, tout comme le CNDS, contrairement à la DDJSCS qui détient un rôle d'accompagnateur.

« On peut dire que l'on finance souvent les structures qui sont le mieux implantées, organisées mais je dirais que les petits clubs peuvent se positionner sur une ou deux thématiques déjà. Puis développer celles-ci pour pouvoir un peu s'étoffer et proposer d'autres choses après. Mais on essaie de les laisser venir sur ces thématiques et puis après nous on les accompagne... On est vraiment partenaire, on n'est pas incitatif. »
(extrait d'entretien, Florent Nowakowski, référent sport-santé, DDJSCS 77, 23/06/2014).

Pour atténuer ces propos, si l'on s'intéresse aux chiffres des actions déployées dans le cadre des « Plans Sport Santé Bien-Être » (PSSB) en région (source : Bilan de l'enquête portant sur les plans régionaux sport santé bien-être 2014, p. 3-8), celles en faveur des publics « à besoins spécifiques » couvrent 55 % de la totalité des actions engagées, soit 2 071 actions en 2014. Les actions en faveur du public senior représentent 19,4 % des actions développées en faveur de publics à besoin spécifique et près de 11 % de la totalité des actions engagées. Le nombre de personnes concernées représente 32 % de la population dite « à besoins spécifiques ». Les prises en charge se font principalement dans le cadre d'associations sportives, voire à domicile. Ainsi, près de 58 160 personnes ont été prises en charge dans ce cadre. Concernant l'aide au financement (subventions), elle vient majoritairement des ARS et du ministère des sports. Perrin note alors dans ses travaux (2016) que les PSSB ont évincé les professionnels de l'APA au profit des professionnels des APS, qui ont d'ailleurs du être formés par leur fédération de rattachement « *les réseaux Sport-Santé permettant aux éducateurs sportifs d'accueillir dans les clubs et associations, des personnes atteintes de maladie chronique* » (Perrin, 2016).

Ces actions se verront certainement pérenniser car pour l'année 2016, les campagnes de subvention CNDS (document complet en annexe 8, p. 443), faisant références aux Directives nationales d'orientation pour 2016 des politiques de la cohésion sociale, du droit des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports du 21 décembre 2015, se focalisent toujours sur le sport comme levier de santé publique. Les associations qui offriront une pratique aux seniors pourront se positionner sur l'axe n°3 (« *Promouvoir la pratique sportive en faveur de la santé* »), au sein de la sous-section « *Promouvoir la pratique sportive comme facteur de santé et développer son recours comme élément de prescription non médicamenteuse par les professionnels de santé* », dans la mesure où elles monteront un projet qui permette de « *promouvoir et développer les APS*

dans le but de maintien de l'autonomie pour les personnes avançant en âge (vivant à domicile et/ou en EHPAD) » ou s'intégrant pleinement au sein de l'opération Sentez-vous sport, « permettant d'offrir une lisibilité aux acteurs du mouvement sportif actifs dans le champ de la promotion de la santé par le sport ».

Malgré les problèmes relatifs à l'unique moyen de lisibilité des acteurs du monde sportif (qui tient aux campagnes CNDS), des dysfonctionnements internes aux fédérations sportives et à leurs structures déconcentrées peuvent freiner considérablement la mise en place, le développement ou la pérennisation de certains modes d'interventions étudiés plus haut. Effectivement, parfois, lors d'un changement d'échelles des dysfonctionnements apparaissent. Ils peuvent être multiples, multiformes et venir du haut, du bas ou bien même d'un même niveau de compétences. Ainsi, il arrive que les échelles proches du territoire se heurtent aux discours, volontés et sensibilités des structures déconcentrées de l'État (exemple du Comité Ile-de-France de la FNSMR qui se heurte à la DRJSCS d'Île-de-France ou au CROSIF), et parfois ce sont les niveaux supérieurs qui se confrontent aux manques de volontés et/ou de compétences des localités (exemple d'UFOLEP National qui se bat contre les réticences des clubs à effectivement offrir de la multi-activité aux licenciés seniors). Cependant, le niveau national fédéral a la forte volonté que tous les échelons aient le même discours, adapté aux spécificités du territoire. Pour cela, une relation proche est nécessaire, comme le fait UFOLEP avec ses différents comités régionaux et départementaux. Cependant, il existe un fossé entre la stratégie marketing des fédérations dont l'un des objectifs est d'augmenter le nombre de licenciés et la sociabilité associative locale, gérée par des bénévoles qui préfèrent la convivialité au clientélisme.

Le premier dysfonctionnement interne, ou désarticulation dans la mise en place des dispositifs d'interventions, relève du manque de bénévoles et/ou salariés. En effet, nous avons vu que l'UFOLEP a recruté au niveau national une personne chargée de développer, ou plutôt de créer, une politique sport senior. Elle a donc mis en département des agents chargés du développement de la pratique senior. Pour le 77, après avoir recruté un diplômé issu de la filière universitaire STAPS option vieillissement et APA, celui-ci est parti poursuivre sa carrière d'éducateur sportif en mairie, celle-ci offrant un salaire plus attractif. Ainsi, malgré la factualité évidente de cette

donnée, pour ce comité, le manque de bénévoles pour le sport senior est un frein qui ralentit de manière conséquente le développement pérenne de tels dispositifs, actions et politiques.

Le CODEPGymnastique Volontaire de Seine-et-Marne essuie aussi les déboires du manque de bénévoles. Pourtant plus grand comité départemental en terme de licenciés, il est le plus petit en termes de cadres dirigeants. Dans cette situation, il lui devient complexe pour lui de se développer. L'objectif n'est donc même plus le développement comme c'est le cas pour d'autres comités, mais bien la pérennisation de ses actions.

« Nous avons le Président, la trésorière, la secrétaire et une personne qui est membre, mais que l'on ne voit jamais et le problème c'est ça. Vu le nombre de personnes au bureau, c'est difficile de mener des actions... On n'a personne... On aimerait bien ! Sauf que personne n'est disponible... Alors malheureusement on gère le CODEP avec le minimum, c'est-à-dire avec nos licenciés. On essaye de garder nos licenciés, nos associations, donc on est proche, on essaye de maintenir le lien entre les clubs et, d'essayer de fidéliser nos associations et par là même nos licenciés... » (extrait d'entretien, Brigitte Bossion, salariée du CODEP 77, 10/07/2014).

La seconde désarticulation interne réside dans le fossé qui sépare les stratégies des fédérations mères de celles des clubs locaux. *« C'est la fédération qui chapeaute, qui pilote tout. »* (extrait d'entretien, Christian Barthe, Président du CODERS 77, 16/06/2014). Et l'important est d'adapter le tout aux spécificités départementales, sans s'écarter des volontés des niveaux supérieurs. Mais les comités veillent au bon déroulement des activités et la pleine inscription des clubs au sein des directives fédérales, ils forment à leur niveau les futurs animateurs et tentent de développer le nombre de clubs adhérents. Cependant, parfois les fédérations, ligues et/ou comités se heurtent à leurs propres clubs, via leurs dirigeants/éducateurs. En outre, le Comité Départemental de l'UFOLEP tente de faire descendre les informations aux clubs, d'organiser des rencontres pour faire inscrire le logo « sport santé » sur les pratiques des associations mais aujourd'hui, 90 % des clubs ne tiennent pas compte de l'aspect sport santé. Ceux-ci se cantonnent à l'aspect traditionnel sportif : compétitif et jeune. L'UFOLEP lance des appels à projet de développement du sport santé au niveau national, les comités départementaux les réceptionnent et les transmettent mais les clubs ne suivent pas, bien que le niveau départemental prenne en charge

les formations pour que les clubs soient en mesure de développer leurs activités. Il en va de même pour les clubs affiliés au CODEP, et donc à la FFEPGV. Ils n'ont pas été réceptifs aux subventions allouées en cas de création d'ateliers équilibre au sein de leur association. Peut-être parce ce n'est pas la ligne directrice de la fédération mère (axe de développement basé sur le public féminin de 35 à 65 ans) ? Mais aussi certainement car ils ne possèdent pas d'animateur formé à cette thématique car la formation est un moyen de réduire le frein à l'adhésion à ce projet. Ainsi, la capacité des fédérations à mobiliser, ou non, les clubs peut également être érigé comme raison.

e. Les acteurs politiques du monde social : un investissement différencié et localisé

i. Élévation de barrières aux dispositifs au profit d'autres problématiques

Concernant les politiques publiques gérontologiques, les « *transferts de compétences et de responsabilités sont généralement à double sens* » (Gramain & Neuberg, 2009). En effet, nous observons à la fois une décentralisation par les fortes décisions et actions des échelles locales (conseils départementaux, communes, etc.) qui bénéficient d'une marge d'action importante, notamment par le pouvoir de proposition et d'élaboration des schémas d'action publique confiée à des experts formant des comités et/ou des commissions, et à la fois à une recentralisation par le fait que l'État impulse, insuffle et porte le vieillissement en priorité nationale.

L'action du département concernant les personnes âgées est forte mais reste centrée sur l'aide à domicile, la création et gestion des EHPAD, l'APA, l'aide à l'hébergement, etc. Cependant, depuis 1992, les départements peuvent mettre en place un schéma gérontologique permettant de fixer les orientations politiques au niveau départemental pour cinq ans. Ils répondent de prime abord aux soucis de coordination et d'adaptation territoriale, souhaitée et souhaitable en termes d'actions publiques pour prendre en charge vieillissement. Ce document permet aux conseils départementaux de parvenir à prendre en charge la dépendance et à prendre en compte, par la même, les personnes âgées vivant sur son territoire afin d'effectivement les insérer dans une politique départementale.

Mais en Seine-et-Marne le schéma gérontologique n'existe plus depuis 2011, au profit d'un schéma traitant des problématiques qu'engendrent handicap et vieillissement. Selon la Conseillère Départementale en charge des seniors, cette fusion est légitimée parce que « *justement des tas de services sont en commun !* » (extrait d'entretien, Lydie Autreux, Conseillère Départementale en charge des personnes âgées, 03/07/2014.). Le comité départemental en charge de représenter les intérêts des personnes âgées, soit le CODERPA, n'est cependant pas du même avis. Se sentant largement mis à l'écart et étouffé par les problématiques du handicap toutes légitimes qu'elles soient. Le président de la commission « *bien vivre sa retraite* » n'arrive pas à dépasser son rôle de « *force de proposition* ». En effet, Henri Lescat dénonce le fait que pour le schéma départemental, le handicap constitue le noyau d'intervention et des dispositifs, alors que pour le CODERPA, le handicap dans le vieillissement n'est certainement pas la norme, comme nous avons pu le voir dans les chapitres précédents (extrait d'entretien, Henri Lescat, Président de la commission bien vivre sa retraite, CODERPA 77, 23/06/2014). Cet amalgame, en plus de se heurter à la réalité des parcours de vie des seniors, va aller plus loin selon la volonté de la Conseillère Départementale en charge des seniors. En effet, elle souhaite que les CLIC, au départ uniquement à l'attention des seniors, puissent également accueillir les personnes porteuses de handicap, alors que pour le CODERPA la prévention du vieillissement en santé ne met pas en jeu les mêmes dispositifs. Il est intéressant de noter qu'au sein du monde sportif, les DDJSCS et les CDOS sont orientés prioritairement sur les jeunes sportifs pratiquant en compétition et qu'au sein de ce conseil départemental l'angle d'attaque de l'action sociale se porte sur les personnes en situation de handicap. Le problème réside-t-il dans la perception du vieillissement ? Dans l'économie de fonctionnement ? Ou alors les seniors sont-ils noyés au sein d'autres problématiques pour de simples effets d'annonces ou d'actes symboliques ?

En ce qui concerne le guide des seniors élaboré par le Conseil Départemental de Seine-et-Marne (réactualisé en mai 2013), le CODERPA s'est vu remettre le document final la veille de la validation officielle pour « *avis et remarques* », chose qu'il n'a pas pu correctement accomplir pendant le temps qu'il lui était imparti. Une dissonance dans la relation apparaît, ce que dément formellement le Conseil Départemental, et celle-ci engendre le fossé qui se creuse entre besoins/attentes des seniors et actions publiques.

Écartés des politiques gérontologiques, les seniors Seine-et-Marnais se voient, de surcroît,

évincés de la politique sportive car comme nous le rapporte le Conseiller Départemental en charge des sports : « *Nous n'avons pas de politique sportive spécifique aux seniors.* » (extrait d'entretien, Jean-Pierre Bontoux, Conseiller Départemental du 77 en charge des Sports, 06/06/2014).

Un lien existe bien entre la Conseillère Départementale en charge des seniors et le Conseiller Départemental en charge du sport mais sur une autre thématique « *les violences faites aux femmes* ». Le frein n'est donc pas le manque de coordination car nous avons ici relevé un fait de coordination, en effet les services sport et seniors sont capables de se retrouver autour d'une même problématique. Simplement, les coordinations ne s'articulent pas autour de la thématique du sport senior avec les enjeux et les dispositifs qu'elle engendre. Notons que Lydie Autreux, au cours de notre entretien, nous a fortement montré sa sensibilité pour d'autres problématiques afin de traiter de la prévention du vieillissement. En effet, elle est bien plus volontiers portée sur l'alimentation, le handicap ou encore le sommeil, de plus elle exprime une certaine réticence face au sport. Son travail en est peut-être l'explication car elle est infirmière libérale de profession.

« Attention quand même ! C'est ce que j'ai expliqué, faut que ce soit des gens qui aient déjà eu une activité physique et puis que ce soit fait sous surveillance. Parce que nous avons vu des personnes qui étaient en grande difficulté, justement suite à des cours de gymnastique, qui n'étaient peut-être pas toujours adaptés... Alors il faut faire attention ! » ;

« Bon et puis il y a les problèmes alimentaires... Moi, ça, c'est quelque chose qui me préoccupe beaucoup. » ;

« L'activité ne doit pas être une activité violente. Il ne faut juste pas rester dans son fauteuil toute la journée, (il faut) sortir, s'aérer... » ;

« Mais faire attention quand même à l'activité qui ne doit pas être trop violente parce que quelques fois ils veulent bouger et ils ne se rendent pas compte. » (extraits d'entretien, Lydie Autreux, Conseillère Départementale du 77 en charge des seniors, 03/07/2014).

Jalonné de mises en garde, les notions de sport hygiéniste ont grandement marqué le discours tenu par la Conseillère Départementale, ce qui transparaît dans sa politique territoriale. Ainsi, effectivement les seniors de manière générale et la pratique physique des seniors de façon particulière ne font clairement pas partie des priorités actuelles du Conseil Départemental de

Seine-et-Marne. Certainement justifié, en plus des sensibilités des élus qui ne s'y prêtent pas, par le fait que la Seine-et-Marne reste un département jeune. Il ne compte effectivement que 17,5 % de personnes ayant 60 ans ou plus (chiffres de l'INSEE pour l'année 2012), bien que le pourcentage de personnes en situation de handicap soit moins important que celui des personnes de plus de 60 ans, il peut être admis que d'autres publics soient la cible des dispositifs départementaux.

Malgré la factualité de ce phénomène observé, la tendance sociale est plus axée sur les problématiques liées au handicap qu'au vieillissement au sein du département d'enquête (77) et de certaines communes, dont la ville de Breuilleville (en Essonne, 91) pourtant labélisée Ville Bien Vieillir-Vivre Ensemble. Celle-ci a fait du handicap « *le GROS projet de cette mandature* » (extrait d'entretien, Danielle Ista, Élu(e) aux seniors à la commune de Breuilleville, 91, 04/02/2014).

Cependant, la mise en place de la Conférence des financeurs instaurée par la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement pourrait bel et bien changer la donne en termes de dispositifs de prévention du vieillissement. Les acteurs y prenant part pourront être pleinement connus et reconnus par le gouvernement en général et par les seniors en particulier. En revanche, nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur les membres qui constitueront cette Conférence. Pinville, parlementaire et rapporteure de la nouvelle loi Autonomie, nous avait confié que les fédérations sportives ne seront pas représentées « *pour le moment* » au profit des acteurs de la prévention d'ores et déjà identifiés, connus et reconnus (extrait d'entretien, Martine Pinville, Rapporteure de la nouvelle loi Autonomie, 26/11/2014). Nul doute que les caisses de retraite deviendront alors l'acteur pivot des futurs dispositifs déployés en départements, fortifiant les modes d'interventions déjà mis en place au sein du PRIF.

ii. Modes d'interventions singuliers portés par les CLIC sur leur commune d'implantation

Outre le PRIF, un second exemple d'articulation est observé en localité : les CLIC. Directement reliés aux conseils départementaux, les CLIC sont animés par une équipe de professionnels qui, en coordination le tissu local, ont pour mission d'évaluer les besoins des personnes âgées, élaborer un projet d'accompagnement et de soins, mettre en œuvre, suivre et adapter un plan d'intervention individualisé.

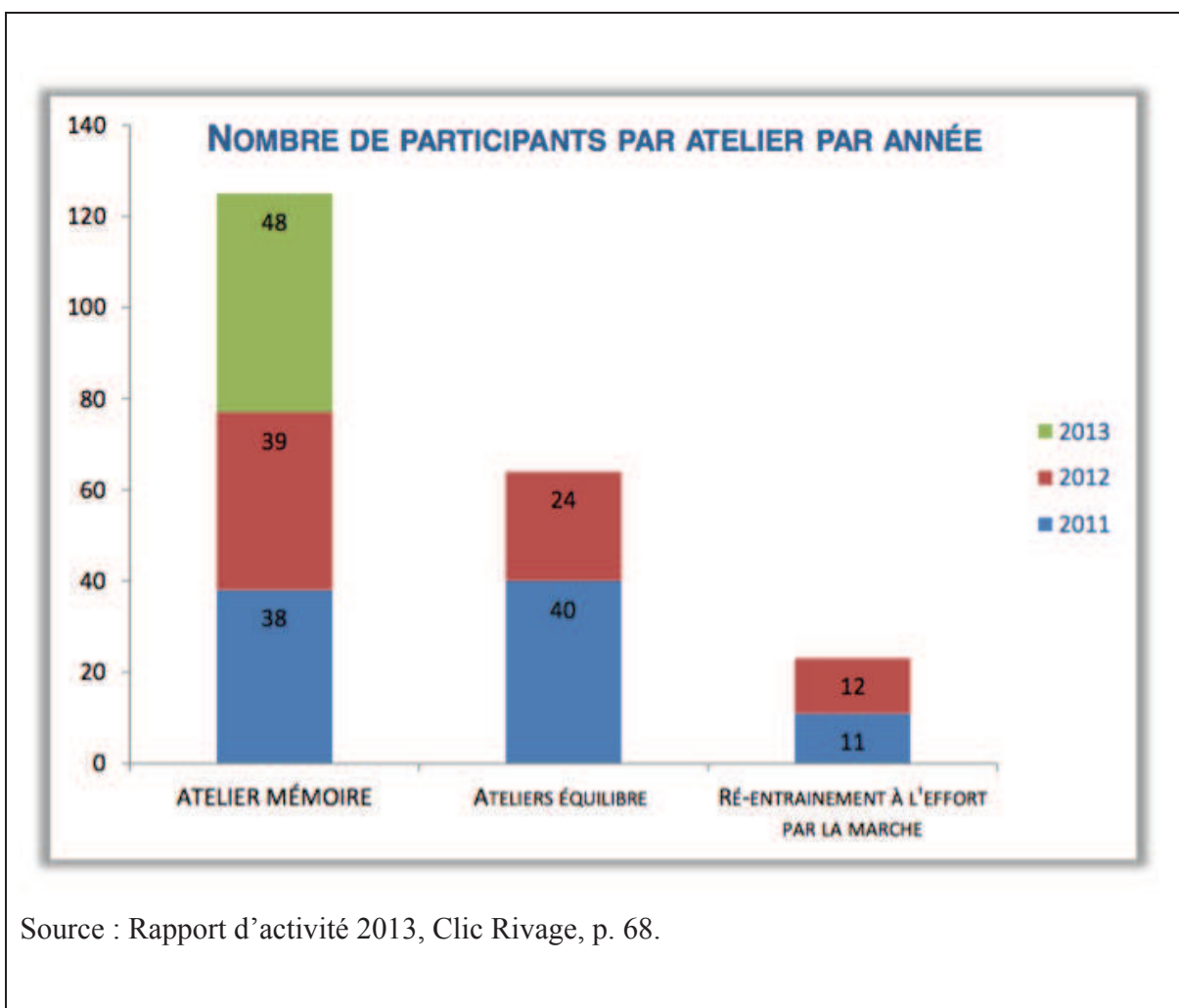
Ils sont en d'autres termes des guichets d'information uniques pour les seniors et leur famille. Au nombre de huit en Seine-et-Marne, la moitié propose des APA pour un vieillissement en santé. Ceux-ci cristallisent, via ces modes d'interventions, la coordination qui peut exister entre les financeurs, coordinateurs, porteurs et opérateurs pour servir les receveurs avec comme fil rouge de leur intervention : le PRIF.

Le CLIC Rivage¹²⁷ avait déjà signé en 2012 une convention avec la CNAV et le RSI pour coordonner leurs actions et offrir un panel d'actions plus étoffé aux ressortissants (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) et il a poursuivi sa démarche en continuant l'aventure avec le PRIF une fois ce dernier créé. Ensemble, ils proposent aux seniors (qui vivent sur le territoire pris en charge) deux actions où les APS sont utilisées comme moyen d'action : les ateliers du bien vieillir et les ateliers de prévention des chutes. Les premiers se déclinent en six ateliers¹²⁸ de trois heures et les seconds sont répartis sur 12 séances (d'1h à 1h30) à raison d'une séance par semaine (l'action dure donc 3 mois). Ceux-ci sont assurés par l'association Siel Bleu.

¹²⁷ Se reconnaissant dans les missions dédiées aux CLIC, deux structures déjà existantes, l'APMAD (Association Pour le Maintien A Domicile des personnes âgées) et le CCGM (Comité de Concertation et de Coordination Gérontologique de l'agglomération de Melun) présentent un dossier commun à la DDASS afin d'être labellisés en tant que CLIC. Ils s'unissent dans ce but le 10/09/2001, avec de nouveaux statuts. La nouvelle appellation deviendra : CGRM RIVAGE. Le CLIC RIVAGE a ainsi été labellisé le 23 octobre 2001. C'est le premier CLIC créé en Seine et Marne.

¹²⁸ « Bien dans son corps, bien dans sa tête », « Pas de retraite pour la fourchette, bouger c'est bon pour la santé », « Les cinq sens en éveil, gardez l'équilibre », « Faites de vieux os », « Dormir quand on n'a plus 20 ans », « Le médicament, un produit pas comme les autres ».

Grâce à son rapport d'activité de 2013¹²⁹, nous nous rendons compte que ces actions relevant de la coordination des acteurs n'ont pas touché beaucoup de retraités (40 personnes au maximum et 11 personnes au minimum avec une moyenne de 22 personnes par action), de plus, les deux ateliers qui font intervenir des APS ont été arrêtés en 2012. En revanche, en 2014, l'atelier « Équilibre en Mouvement© » (qui est l'une des deux actions portées par le PRIF concernant les APA) a été maintenu et a touché entre 10 et 15 personnes.



Source : Rapport d'activité 2013, Clic Rivage, p. 68.

Encart 25 - Participants par atelier en 2011-2012-2013 CLIC Rivage

¹²⁹ Rapport d'activité 2013, Association CGRM Rivage, CLIC Rivage, 123 pages.

Le CLIC Soutien¹³⁰ propose également des ateliers de prévention des chutes. Débutée fin 2012, le rapport d'activité de 2013 a permis de faire le point sur cette action autour du bien vieillir. Cette action avait été entamée en partenariat avec l'AGSMC, rassemblant une douzaine de personnes à chaque séance (12 séances en tout). Ces ateliers ont mêlé des séances d'information (avec des ergothérapeutes et des diététiciens) et d'exercices favorisant le maintien de l'équilibre (encadrés par une éducatrice médico-sportive).

Le CLIC Sillage¹³¹ a aussi fait intervenir l'association Siel Bleu pour son atelier «*réentraînement à l'effort par la marche*» et les caisses de retraite qui ont apporté les financements nécessaires. Uniquement conduit en 2010, l'action a touché au total 25 personnes sur 3 sessions¹³² (de 12 séances chacune). Le CLIC a donc accepté un partenariat ponctuel suite à une demande de Siel Bleu directement. La volonté était bien d'implanter des actions préventives sur le territoire du CLIC, malheureusement, cette action n'est restée que ponctuelle pour des raisons d'organisation.

¹³⁰ Les services sociaux du Centre Hospitalier de Nemours, les membres des CCAS de Nemours, de Saint Pierre Lès Nemours et les responsables de plusieurs structures d'hébergement et de services de soins se sont rencontrés pour discuter et échanger sur les problématiques notamment rencontrées à l'occasion des sorties d'hospitalisation des personnes âgées. Ainsi en 2001, ils ont déposé leur dossier de candidature auprès de la DDASS. La réflexion partenariale s'est poursuivie jusqu'en 2005 avec la création de l'association Loi 1901 SOUTIEN: Service d'Orientation, d'écoUte eT d'Information de Nemours. Cette association a été constituée dans le but de servir de support juridique au CLIC. Suite au transfert de la compétence de gestion des CLIC de l'État au département, les porteurs du projet de création du CLIC SOUTIEN ont poursuivi leur travail en vue d'une reconnaissance par le département. Le CLIC a officiellement été reconnu le 22/02/2008 et a ouvert ses portes au public en aout 2009.

¹³¹ En 2002 l'association SILLAGE (Service d'Information et de Liaisons Locales d'Actions GÉrontologiques) est créé et validée par la DDASS. Elle est chargée de la promotion et de la gestion du CLIC du Sud-Est de la Seine-et-Marne. L'ouverture effective date de mai 2003.

¹³² 1^{ère} session du 26 Janvier 2010 au 13 Avril 2010 : 9 participants ; 2^{ème} session du 01/06/2010 au 31 Août 2010 : 8 participants ; 3^{ème} session du 14/09/2010 au 14 Décembre 2010 : 8 participants.

« Le secteur du CLIC est très éloigné du siège de Siel Bleu ce qui entraîne des difficultés de déplacement pour ses intervenants sur un créneau horaire de 2H00, en moyenne, par séance. » (extrait d'entretien, Sylvie Montjoye, responsable de la coordination CLIC Sillage, 30/03/2015).

Ainsi, le CLIC s'est retrouvé dépourvu d'opérateurs pour permettre la continuité de son offre de prévention et la coordination, gage de bonne conduite de ce type de projet, a été rompue. Malgré une coordination effective sur une année, l'opérateur a rompu la chaîne, et le mode d'action n'a su perdurer en dehors de l'opérateur.

Ce CLIC avait également noué un partenariat avec l'AGSMC pour la mise en place d'ateliers Équilibre en Mouvement© dès 2011. Cette coordination a dû être interrompue fin 2012 mais pour d'autres raisons : le nombre de participants n'était pas suffisant pour poursuivre.

En revanche, en 2015, le CLIC a signé une convention annuelle avec le PRIF, permettant d'aller au-delà du dysfonctionnement rencontré avec Siel Bleu et de renouer avec l'AGSMC. Dorénavant, ce CLIC peut se vanter de proposer les deux modes d'intervention mettant en jeu des APAS dont dispose le PRIF : D-marche© et Équilibre en Mouvement©. Les ateliers ont repris et la chaîne a été reconstituée pour une année. Le PRIF a réellement joué son rôle de coordinateur/financeur, sans son intervention ce CLIC n'aurait pas pu renouer avec des modes d'interventions tels qu'il les propose depuis. Ce CLIC apprécie particulièrement faire intervenir ADAL pour la symbolique que porte l'action D-marche©. En effet, il lui est important que les personnes intègrent de manière consciente et volontaire la mise en mouvement quotidienne. Le but poursuivi est bien de changer les comportements et les habitudes de vie.

Le CLIC Soutien, au même titre que le CLIC Sillage, offre également des actions D-marche© et Équilibre en Mouvement© à ses ressortissants (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) pour l'année 2016, via la chaîne de coordination induite par le PRIF.

Même si ce système d'intervention n'est pas forcément très étendu, qu'il est très disparate d'un lieu à un autre, qu'il ne concerne que la moitié des CLIC présents sur le territoire et qu'1/4 des CLIC ne proposent les deux formes d'interventions où les APAS sont dispensées, ces différents CLIC cristallisent la coordination qui peut exister en territoire au nom d'un bien vieillir. Nous retrouvons bel et bien dans certaines communes (celles où sont implantés les CLIC concernés) les

deux modes d'interventions (D-marche© et Équilibre en Mouvement©) proposés et portés par le PRIF au niveau régional avec des prestataires conventionnés. Cette chaîne pour un vieillissement en santé, où les APAS sont pensées comme outils, est alors véritablement composée d'un financeur/coordonateur (qui est le PRIF), un opérateur (les associations répondant à l'appel à projet), un porteur (les CLIC) et les receveurs (les seniors eux-mêmes).

Pour conclure, nous pouvons mettre en avant que la prévention du vieillissement par les AP répond au phénomène de la territorialisation. Terme qui se confond à la décentralisation, il évoque plus largement la montée en puissance des acteurs locaux et la valorisation de la proximité.

« La territorialisation de l'action publique peut d'abord être vue comme une tendance à une définition plus localisée des problèmes publics et des moyens de prise en charge de ces problèmes. Certains observateurs de l'action publique parlent de relocalisation des politiques publiques. » (Muller & Surel, 1998, p. 102).

La territorialisation est non seulement une tendance observée dans notre cadre de recherche, mais aussi, et surtout, un principe défendu et revendiqué par les acteurs locaux. L'idée fondamentale de ce phénomène met en avant que c'est localement (aussi bien en communes qu'en départements) que doivent être repérés et définis les problèmes à prendre en charge collectivement et que c'est tout aussi localement que doivent être pensées les solutions pour y répondre, pour agir de façon plus efficace, car au plus proche du terrain (Douillet, 2003).

Au sein de cette territorialisation des actions de prévention, une tendance lourde a émergé : celle de la fragmentation de l'offre de service. Que ce soit au sein des mondes sportif ou sanitaire, au nom de la prévention du vieillissement, ou bien plus modestement d'un vieillissement en santé, une pluralité d'acteurs se rencontre toujours, se coordonne au mieux, se mêle parfois et se concurrence surtout. Chacun d'entre eux engendre des modes d'interventions qu'il labélise parfois afin de se protéger mais aussi et surtout d'être identifiable, voire identifié et reconnu par

les ministères des sports et de la santé et leurs services déconcentrés. Face à cette pluralité d'acteurs venus de divers horizons et face à cette fragmentation de l'offre sur le territoire le gouvernement, via ses ministères concernés, a souhaité coordonner le tout. Ce rassemblement d'acteurs et donc de modes d'interventions permet d'offrir un modèle unique d'action, quel que soit l'opérateur conventionné par le financeur et le porteur du projet.

L'État perd sa centralité et concourt par la même à l'affirmation d'autres acteurs clefs : locaux et privés (Hassenteufel, 2011, p. 230). Comme le dénomment Donzelot et Estèbe (1994), l'État devient un « *État animateur* » qui a plus recours au « *faire-faire* » qu'au « *faire* ». Hassenteufel (Hassenteufel, 2011, p. 269) dit alors de l'État qu'il agit de plus en plus en interaction pour construire les actions publiques et non plus en unique production étatique des politiques publiques. Il poursuit en préférant la notion d'« *État régulateur* » qui renvoie au passage progressif du faire au faire-faire. L'État agit indirectement plus que directement, il est plus en interaction qu'en action, il délègue plus qu'il n'intervient et il pilote et oriente plus qu'il ne met en œuvre. Cet État incitateur et régulateur joue, au sein de notre analyse, pleinement son rôle. Nous observons ainsi un double phénomène : la révélation d'un État incitateur et régulateur et la territorialisation de la prévention du vieillissement, qui déporte l'action publique au niveau local.

Pour porter le rassemblement des acteurs, et donc des actions, souhaité par le gouvernement, nous pourrions *a priori* évoquer le recours au concept de gouvernance. Notion qui renvoie à une conception horizontale des politiques publiques coproduites par des acteurs publics et privés (Kooiman, 2003) dans le sens où, pour le secteur de la santé, les acteurs de l'interrégime ont su mêler des acteurs privés et publics, cependant le chef de file reste la CNAV, qui est un organe public. Et pour le monde sportif, le pilote est le ministère et les services déconcentrés guident et accompagnent les clubs et leurs comités. Ainsi, nous préférons la notion de coordination, ou d'articulation, à celle de gouvernance pour qualifier ces formes d'articulation. De plus, nous nous interrogeons sur son effectivité au niveau local, il n'y a pas de gouvernance de la prévention du vieillissement par les AP car l'État n'est présent au niveau local qu'au sein des DRJSCS et des DDJSCS qui jouent alors le rôle de « diffuseur » des directives établies à l'échelon national. Ce polycentrisme des modes d'interventions met également en avant qu'il n'y a pas d'économie d'échelle, pourtant prônée par la décentralisation, car les DRJSCS récupèrent les directives nationales, les adaptent puis les transfèrent aux DDJSCS qui ensuite les font passer aux Comités

départementaux et/ou clubs. En ce qui concerne l'efficacité, la DDJSCS 77 applique effectivement les directives nationales aux travers des subventions qu'elle alloue aux Comités départementaux et/ou clubs qui s'inscrivent pleinement dans les directives. Via ces campagnes CNDS, un mode d'action unique est souhaité par la branche sportive de l'État et de ses organes déconcentrés en régions et départements. C'est à son profit que nous avons effectivement relevé des modèles de coordination permettant le rassemblement des acteurs sportifs. Ceux-ci deviennent de réels opérateurs d'un modèle d'intervention porté, soutenu et insufflé par l'État. Cependant, comme le nom du ministère en question l'indique, le « sport » représenté par des fédérations plutôt orientées vers des pratiques traditionnelles (jeunes et compétitives) y trouvent bien plus sa place que le sport adapté, majoritairement dispensé par les fédérations affinitaires et multisports.

La tentative de coordination souhaitée par la branche sanitaire s'est elle aussi concrétisée avec la création d'une politique interrégime regroupant les trois principales caisses de retraite. Celle-ci met en jeu une réelle articulation car les compétences des uns et des autres touchent effectivement la question du vieillissement dans un but commun : le prévenir par les AP. Ces « *actes interdépendants* » (Elias & Hoffmann, 2003) et ces « *configurations* » (Elias & Hoffmann, 2003) en sont la preuve. Cependant, les conventions signées au sein de ce groupement fait cette fois-ci la part belle aux acteurs spécialistes du sport adapté et des APAS.

Ainsi, les opérateurs rattachés au ministère des Sports se voient bien plus aisément agir dans le champ d'intervention dédié aux pratiques sportives et les opérateurs identifiés comme agissant pour le sport santé investissent les modèles d'interventions mis en place par les organismes sanitaires. La coordination est de mise mais au sein de son champ de prédilection, la passerelle faisant le lien entre les deux champs d'intervention (en l'occurrence celui de la santé et du sport) n'est posée que rarement et est due à la pugnacité de certains acteurs.

De plus, la logique de concurrence entre prestataires de service est forte dans ces schémas de coordination insufflés par l'échelon national via ses ministères (des sports et de la santé). La majorité des opérateurs souhaite pouvoir s'insérer au sein des modèles uniques d'interventions mis place par les structures déconcentrées de l'État (à savoir les DRJSCS, DDJSCS et le PRIF), ainsi il leur est vital de se positionner en tant que leader du marché afin de décrocher les appels à projet lancés et satisfaire aux conditions des dossiers de demandes de subventions.

La caractérisation de plusieurs modes d'interventions ainsi faite nous permet de mettre au jour la pluralité des acteurs mais aussi et surtout leur diversité. Nombreux sont les types d'acteurs qui s'inscrivent pleinement au sein de la prévention du vieillissement par les APS, créant tous des dispositifs d'intervention, plus ou moins articulés.

Le déploiement de nombreuses actions par les acteurs de la santé fragmente considérablement l'offre de service, les interventions et donc l'action en générale. Cependant cette fragmentation n'est qu'illusoire et s'évapore rapidement car le monde sanitaire a su se coordonner de manière effective permettant la généralisation d'un mode d'intervention : les ateliers dispensés au sein du PRIF et concrétisés par les opérateurs/prestataires spécialisés en APA/APAS. Quant aux acteurs sportifs, la multiplication d'offres distinctives ne fait que multiplier les chances d'adhésion par un public aux attentes diversifiées.

Au sein du chapitre suivant, nous proposons d'étudier ces phénomènes au niveau communal : comment tout cela prend vie dans les mises en œuvre effectives ?

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ PARIS-EST

Délivré par :

Université Paris-Est Marne-la-Vallée
Unité de Formation et de Recherche
Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UFR STAPS

École doctorale :

CULTURES ET SOCIÉTÉS

Unité de recherche :

ACP – Analyse Comparée des Pouvoirs (EA 3350)

Présentée et soutenue par

CALUZIO Christine Marine Laure

Le lundi 03 octobre 2016

TITRE :

**Les dispositifs de prévention du vieillissement en France :
articulations et place des activités physiques**

PARTIE 2

Thèse dirigée par **COLLINET Cécile**, PU à l'UPEM

Thèse codirigée par **SCHUT Pierre-Olaf**, MCF HDR à l'UPEM

Rapporteurs :

Luc Collard, Université Paris Descartes, PU

Eric Dugas, Université Bordeaux, PU

Membres du jury :

Dominique Bodin, Université Paris-Est Créteil, PU

Pia-Caroline Henaff-Pineau, Université Paris Sud, MCF

Table des matières n° 2

Résumé	3
Summary	4
Table des matières	5
Remerciements	11
Liste des acronymes	12
Introduction	14
a. Personnes âgées, vieillesse et vieillissement	14
i. Indicateurs chiffrés	14
ii. La modification de l'image de la vieillesse	16
iii. Les différentes théories du vieillissement	20
iv. Comment redéfinir les personnes âgées ?	24
b. L'évolution générale de la prise en charge politique des personnes âgées	28
a. La vieillesse problème	28
b. L'inévitable déploiement de la prévention	30
c. Évolution des modes de vie des plus âgés et transformations sociales	35
d. Appuis théoriques	40
i. Des politiques publiques pensées en terme de séquences	40
1. Définition des politiques publiques	40
2. Mise en œuvre des politiques publiques	42
3. Réception des politiques publiques	48
ii. Les différentes échelles d'interventions : changements, articulations et la territorialisation des actions	50
e. Problématique	59
i. La mise en politique de la prévention du vieillissement	59
ii. Les dispositifs de prévention	60
iii. Le triptyque des articulations	61
iv. La place des AP au sein de ce schéma complexe	62
f. Éclairage méthodologique	63

PARTIE 1 - LES POLITIQUES PUBLIQUES..... 68

La progressive mise sur agenda politique de la question de la vieillesse, tributaire de son évolution conceptuelle : construction de la politique de la vieillesse en France..... 69

- a. 1910-1979 : De l'assistance à l'éducation..... 70
 - i. 1910-1960 : L'assistance aux plus démunis..... 70
 - ii. 1961-1979 : La création d'une politique de la vieillesse 72
- b. 1980-1988 : Entre reconnaissance et bipolarité 78
 - i. 1980-1982 : La reconnaissance gouvernementale des personnes âgées 78
 - ii. 1983-2000 : La bipolarité des politiques publiques 82

La construction des politiques de prévention du vieillissement en santé en France : soupe primitive et ouverture d'une fenêtre d'opportunité 91

- a. La mise sur agenda politique du problème du vieillissement (rappel)..... 92
- b. Les ingrédients phares de la soupe primitive nourrissant l'action politique 92
 - i. L'éducation de la population vieillissante au service de la prévention : l'INPES 93
 - ii. La nécessaire coordination dans les politiques de prévention du vieillissement : le Comité Avancée en Âge 94
 - iii. Les seniors autonomes, le nouveau public cible : changement de regard de l'action publique..... 96
 - iv. Le vieillissement actif puis le vieillissement en bonne santé : notions centrales européennes..... 97
 - v. L'adaptation de la société à l'ensemble de la population vieillissante : VADA ou le gage d'une prévention effective sur les plans moteurs, cognitifs et sociaux 103
- c. Naissance d'un contexte favorable à la mise en place d'une politique de prévention du vieillissement par les décideurs publics : l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité..... 107
 - i. Le Programme Bien Vieillir, 2003 107
 - ii. Le Plan National Bien Vieillir, 2007..... 108
- d. Création d'une politique de prévention du vieillissement contemporaine : lorsque la soupe primitive et la fenêtre d'opportunité servent l'engagement des actions publiques 110
 - i. La nomination d'experts : aide à la réflexion politique 110
 - 1. L'adaptation..... 115
 - 2. L'anticipation 118
 - 3. L'accompagnement 119
 - 4. La valorisation de l'échelon local 121
 - ii. Écllosion d'une nouvelle loi et de nouvelles politiques publiques en adéquation 123

PARTIE 2 - LES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET LES DISPOSITIFS..... 134

L'évolution favorable de la place des activités physiques et/ou sportives comme facteur déterminant d'un vieillissement en santé : l'initiale prise en considération et hégémonie des APS, rattrapée par la montée en puissance et valorisation des AP 135

- a. Des connaissances scientifiques de plus en plus précises 136
 - i. L'ouverture du champ épidémiologique des APS : conception énergétique de la pratique sportive..... 136
 - ii. Actualisation du champ épidémiologique : reconnaissance du bienfaits des AP, symptôme d'une pratique plus accessible, reflet des pratiques effectives..... 139
 - iii. La spécificité de la pratique physique des seniors : spécialisation des recommandations antérieures . 141
- b. L'opérationnalisation des recommandations scientifiques 144
 - i. La pratique d'APS : profil de seniors sportifs licenciés en associations synonyme d'intégration par le monde sportif 146
 - ii. La pratique d'AP : intégrée dans la vie quotidienne des seniors synonyme d'activation générale des corps et de prise en considération par l'ensemble des acteurs de la cité 152

Les APS dans les dispositifs de prévention du vieillissement : l'investissement différencié de multiples acteurs, reflet fragmentaire et diversifié d'un maillage pluriel 166

- a. Les acteurs de la santé : financeurs et coordonnateurs de modes d'interventions 166
 - i. L'apparente fragmentation de l'offre : des modes de financement des caisses de retraite configurant des modes d'interventions particuliers 166
 - ii. La tentative de coordination..... 172
- b. Les acteurs du sport adapté : prestataires des modes d'interventions du milieu sanitaire 180
 - i. Des organisateurs spécialistes de la pratique senior..... 180
 - ii. Des financeurs issus du secteur de la santé..... 186
- c. L'interrégime, un mode original de coordination territoriale entre acteur de la santé et acteur du sport adapté : l'exemple des ateliers du PRIF 187
- d. Les acteurs du sport : inscription mitigée au sein d'un sport senior 192
 - i. Des modèles d'actions spécifiques..... 192
 - ii. Des logiques de protection des modes d'interventions face à la concurrence 204
 - iii. Des financeurs publics soumis aux besoins d'unité des actions 205
- e. Les acteurs politiques du monde social : un investissement différencié et localisé 217
 - i. Élévation de barrières aux dispositifs au profit d'autres problématiques 217
 - ii. Modes d'interventions singuliers portés par les CLIC sur leur commune d'implantation 221

Table des matières n° 2.....	230
-------------------------------------	------------

PARTIE 3 - LE DÉPLOIEMENT DES DISPOSITIFS INTÉGRANT LES ACTIVITÉS PHYSIQUES À L'ÉCHELLE COMMUNALE..... 236

La commune, centre névralgique de la prise en charge du public âgé : un état des lieux fragmenté, diversifié et coordonné 237

a. Présentation du terrain d'investigation	238
b. La fragmentation communale : multitudes d'acteurs et de modes d'interventions caractérisés par des fonctionnements en vases clos	242
i. Les acteurs municipaux : opérateurs traditionnels de la prise en charge de l'action sociale en faveur des personnes âgées.....	242
1. CCAS : la valorisation de l'APA par les acteurs sociaux au-delà des missions traditionnelles	244
a. Les AP, un champ hors compétences	244
b. La délégation aux services des sports et/ou aux associations sportives	245
c. Politique d'activation générale construite via les espaces urbains	246
d. L'offre directe d'APA	247
2. Services des sports : des modes d'interventions indirects.....	251
a. La délégation aux associations sportives	251
b. Une politique d'activation générale construite via les espaces urbains.....	254
3. La déconnexion et la fragmentation des dispositifs d'interventions des services municipaux	258
ii. Les acteurs du monde sportif : opérateurs potentiels de la pratique d'APS, APA et APAS en direction des seniors	260
1. La rencontre entre politique associative et politique fédérale	263
2. L'anecdotique rencontre entre politique associative et politique municipale	265
3. Une minorité d'offre effective d'une activité adaptée aux seniors	266
4. Le monde sportif peu enclin à l'offre d'une pratique senior	273
iii. Les dysfonctionnements au sein des articulations	274
1. L'enjeu de la hiérarchisation des priorités politiques tributaires de « l'ethos » et des relations interpersonnelles	274
2. Les priorités de dépenses.....	280
3. Les spécificités de la commune.....	281
4. L'absence de coordination au sein de domaines de compétences distincts	283
5. Le phénomène du jeu de la concurrence	285
iv. Conclusion de la sous-partie : les acteurs sociaux au cœur de l'offre de service	289

c. La richesse communale : une coordination révélée par la mise en œuvre effective de dispositifs originaux	290
i. Lorsqu'un service des sports se coordonne avec un CCAS et des associations sportives de la ville dans un même but : la rencontre et la mise en mouvement des seniors, l'exemple de Breuillet	290
ii. Lorsqu'un service des sports innove : offre directe d'APS et APA, l'exemple de l'école des sports de Roissy-en-Brie	293
d. Conclusion générale du chapitre : des investissements différenciés, déconnectés et valorisant la pratique des APA	295

PARTIE 4 - LES PRATIQUES EFFECTIVES DES SENIORS..... 297

Les pratiques en pratique : l'articulation des parcours de vie individuels et des modes d'interventions déployés en territoire nourris par les recommandations internationales

a. Les plus de 60 ans autonomes : une multitude de profils au sein d'une même catégorie	305
i. Caractéristiques générales de l'échantillon	305
1. Critères sociodémographiques	305
2. Modalités de la pratique physique.....	308
3. Les freins aux pratiques.....	311
4. Désintérêt des seniors face aux modes d'interventions des services municipaux.....	312
ii. Des pratiques physiques motivées par quatre raisons : mise au jour des profil-types tributaires des parcours de vie	314
1. Les « Sport-Passion » : profil en adéquation avec les modes d'interventions des fédérations sportives et des APS.....	317
2. Les « Néo-Sportifs » : parcours reflet des actions des fédérations sportives spécialisées en APA .	320
3. Les « Sport-Santé » : mise en mouvement similaire aux modèles des groupements associatifs spécialisés en APA et APAS.....	323
4. Les non-pratiquants : approche, sensibilisation et pratique envisageables via les modèles d'interventions des acteurs socio-sanitaires.....	327
b. Les plus de 60 ans dépendants : éclairage sur les personnes placées en EHPAD.....	333
i. Caractéristiques générales des résidents enquêtés	333
ii. La spécificité de leurs pratiques physiques : entre proposition de l'établissement et engagement du résident, la désarticulation entre l'offre et la demande	339
c. Les freins aux pratiques : leviers d'actions.....	344
d. Conclusion générale du chapitre : la rencontre effective entre les dispositifs d'interventions et la majorité des parcours de vie symbole de l'articulation entre décideurs, opérateurs et receveurs	346

Conclusion	351
Bibliographie	361
Liste des encarts	379
Liste des figures	380
Liste des tableaux	381
Annexes	382
Annexe 1 –	382
Annexe 2 –	398
Annexe 3 –	405
Annexe 4 –	410
Annexe 5 –	428
Annexe 6 –	435
Annexe 7 –	438
Annexe 8 –	450
Annexe 9 –	455
Annexe 10 –	467
Annexe 11 –	476
Annexe 12 –	480

PARTIE 3 - LE DÉPLOIEMENT DES DISPOSITIFS INTÉGRANT LES ACTIVITÉS PHYSIQUES À L'ÉCHELLE COMMUNALE

La commune, centre névralgique de la prise en charge du public âgé : un état des lieux fragmenté, diversifié et coordonné

Ce chapitre va interroger la mise en pratique des modes d'interventions étudiés précédemment. Comment les modes d'interventions se déploient-ils concrètement ? Au sein de quels modèles les seniors peuvent-ils inscrire leur engagement physique ? Retrouvons-nous en commune une fragmentation, une diversification, ou encore une coordination au sein de l'offre de service ? Quelles sont les formes d'articulations entre les différents acteurs retrouvées sur le terrain ? Les opérateurs sont-ils confrontés à d'autres acteurs que ceux précédemment recensés ? Les dispositifs d'action se rencontrent-ils ? Ces interrogations nous permettront de mettre au jour ou non la coordination entre les multiples acteurs du champ de la prévention des effets du vieillissement par les AP. La caractérisation des modèles d'interventions déployés est donc indispensable pour interroger par la suite leur articulation hypothétique.

Le niveau communal est le cœur de notre analyse dans le sens où il est l'échelon où les dispositifs sont effectifs, où « tout se passe », et parce qu'il est en lien avec les ressortissants (Lascoumes et Le Galès, 2012 ; Warin, 1999, p. 103) seniors, qui sont également les receveurs des politiques et actions publiques que nous allons qualifier. Ainsi, nous avons fait le choix rédactionnel d'étudier la commune au sein d'un chapitre à part entière, du à son importance capitale en termes de dispositifs de prévention du vieillissement par les APS. De plus, nous présupposons que les seniors se retrouvent face à un patchwork d'acteurs, car nous avons vu qu'une multitude d'opérateurs prennent en charge le vieillissement en santé par une pratique physique et que chacun propose des actions et des dispositifs qui leur est propre. C'est ce que nous définirons au sein de ce chapitre, pour lequel nous sommes légitimement en droit de nous demander si nous retrouverons les mêmes dysfonctionnements qu'énoncés auparavant, s'il y en a de nouveaux et si des dispositifs innovants sont mis en place ; pour pouvoir au sein du chapitre suivant, analyser si les seniors trouvent des modes d'intervention au sein desquels ils peuvent pleinement s'investir.

Les communes ont « *un rôle important à jouer* » (Rossignol, 2014) en terme mise en place de dispositifs d'actions de prévention du vieillissement, elles insufflent (dans le meilleur des cas) un dynamisme local grâce à quatre types d'acteurs. En effet, contribuent localement au développement d'action gérontologique de proximité les fonctionnaires municipaux (techniciens

municipaux), les fonctionnaires de syndicats intercommunaux, les associations de type loi 1901 et le secteur privé (hébergement et/ou services, en concertation ou non avec les élus locaux). Nous verrons que les modes d'interventions diffèrent en fonction des communes et des types d'acteurs et que chacun d'eux opère selon un fonctionnement qui lui est propre. L'action publique révèle que la commune est effectivement le niveau opérationnel et que celui-ci peut devenir un terrain propice à l'innovation.

a. Présentation du terrain d'investigation

Méthodologie choix des communes

Nous avons, en amont des enquêtes qualitatives, procédé à deux vastes enquêtes quantitatives. Celles-ci ont fait l'objet d'envois de plusieurs questionnaires à destination de l'ensemble des communes d'Essonne (91) et de Seine-et-Marne (77), et de l'ensemble des clubs sportifs présents sur ce même territoire.

Au vu des réponses obtenues au sein des questionnaires retournés, nous avons fait le premier choix méthodologique de sélectionner 6 communes. Celles-ci répondaient également au souci d'avoir des communes de plusieurs couleurs politiques, à la fois rurales et urbaines et semblant être engagées ou non dans une politique senior. Sur les six communes retenues, trois nous ont répondu favorablement (à savoir Breuillet en Essonne et Roissy-en-Brie, Magny-le-Hongre en Seine-et-Marne), dont l'une d'entre elles a obtenu le label « Bien vieillir, vivre ensemble », à l'époque prémices du label VADA.

Ainsi, pour les trois autres communes restantes, nous avons fait le second choix méthodologique d'écrire à toutes les communes qui semblaient être engagées dans une certaine politique senior (engagement jugé au gré de la présence ou non d'une rubrique dédiée aux seniors sur le site de la Mairie) et seulement deux ont répondu favorablement à notre demande.

Essuyant un nombre important de refus de la part des collectivités territoriales contactées, une secrétaire nous a alors confié au téléphone « *Écoutez, je laisse tomber ma casquette de*

fonctionnaire et vais être franche. La directrice du CCAS est jeune, vient d'arriver et ne se sent pas de vous rencontrer... Je vous conseille de ne pas perdre de temps et de choisir une autre commune car elle vous laissera en suspens sans jamais vous dire oui. ».

Après 17 relances¹³³ au total, réparties sur quatre mois entre fin janvier et fin mai 2014 et faites par e-mail et téléphone, nous avons ainsi arrêté le terrain d'enquête à cinq communes. Les cinq ayant répondu favorablement à notre demande, leurs réponses favorables témoignent d'ores et déjà d'un intérêt pour la thématique qu'il soit passé, présent ou futur.

En ce qui concerne les clubs sportifs, nous avons contacté 50 clubs sportifs, soit 10 clubs par commune, en fonction de la nature des activités proposées, en espérant pouvoir compter sur au moins deux clubs répondants par commune, soit 10 clubs au total. Avec un double entretien semi-directif pour chacun des clubs : l'un avec le président de l'association, l'autre avec l'encadrant principal. Les clubs ont rechigné à répondre car la plupart sont des bénévoles et manquent de temps. Ainsi, les clubs très investis ont répondu favorablement, reflétant leur intérêt pour la prévention du vieillissement. Ainsi nous avons investigué deux clubs d'athlétisme, un club de marche-randonnée, un club de alpin, deux clubs de Tai chi chuan, un club de danse de salon et un club de gymnastique.

Ponctuellement ces résultats seront enrichis par une enquête quantitative menée sur les associations sportives d'Essonne et de Seine-et-Marne (Encart 27). 3905 clubs ont été contactés par e-mail et courrier postal avec 530 réponses reçues, soit un taux de réponse de 13,6 %, dont 220 clubs basés en Essonne et 310 clubs basés en Seine-et-Marne.

Au total, 28 entretiens (décrits en fin de chapitre) seront mobilisés au sein de ce chapitre. Ce nombre confond les entretiens avec les acteurs privés et publics et deux entretiens sont issus de deux communes supplémentaires à savoir Gretz-Armainvilliers (CCAS) et le groupement intercommunal Val d'Europe (directeur du CIAS de Val d'Europe). Sur ces 28 entretiens, nous avons fait le choix méthodologique de nous concentrer en priorité sur les élus et directeurs de services municipaux ainsi que sur les clubs sportifs car ils sont les deux opérateurs principaux.

Encart 26 - Méthodologie terrain d'enquête

¹³³ 23/01/14, 27/01/14, 31/01/14, 07/02/14, 16/02/14, 17/02/14, 20/02/14, 03/03/14, 04/03/14, 13/03/14, 24/03/14, 10/04/14, 16/04/14, 22/04/14, 03/05/14, 05/05/14, 25/05/14.

Les 5 communes (Tableau 6) avec lesquelles nous avons entrepris des entretiens semi-directifs sont donc : Breuillet (91), Bussy-Saint-Georges (77), Magny-le-Hongre (77), Noisiel (77) et Roissy-en-Brie (77). Ponctuellement, certains acteurs issus d'autres communes seront également étudiés afin d'enrichir notre analyse sur certains points que sont une comparaison et un retour d'expérience. Ceux-ci concernent un CCAS, celui de Gretz-Armainvilliers (77) et un club de gymnastique douce basé à Saint-Chéron (91).

Commune	Nombre d'habitants (2013, INSEE)	Part de seniors 60 ans et + (2012, INSEE)	Club des aînés	ETAPS	Nombre de clubs sportifs
Breuillet	8 454	20,6 %	Deux privés associatifs	Non	31
Bussy-Saint-Georges	25 419	6,5 %	Un privé associatif	Oui	40
Magny-le-Hongre	7 722	5,6 %	Un privé associatif	Oui	40
Noisiel	15 638	15,6 %	Un municipal	Non	36
Roissy-en-Brie	22 559	14,2 %	Un municipal	Oui	23
Seine-et-Marne	1 324 865 (2010, INSEE)	16,7 % (2010, INSEE)			
Ile-de-France	11 786 234 (2010, INSEE)	17,9 % (2010, INSEE)			
France métropolitaine	62 765 236 (2010, INSEE)	23 % (2010, INSEE)			

Tableau 6 - Données générales des communes enquêtées

De plus, la commune de Breuillet a été labellisée ville « *Bien vieillir, vivre ensemble* »¹³⁴ le 2/02/2010, la commune offre depuis 2009, dans le cadre du label, plusieurs activités aux seniors de la ville (thé dansant, banquet des aînés, visites, séjours, marches, distribution du muguet du 1^{er} mai et des colis des aînés, conférences, sorties cinéma, cours d'informatique et la célébration de la Semaine Bleue).

Toutes les communes enquêtées possèdent un service des sports (celui de la commune de Magny-le-Hongre est cependant mêlé à d'autres services municipaux), un service seniors ainsi qu'un CCAS. Les branches seniors des différents CCAS enquêtés proposent plusieurs activités traditionnellement retrouvées comme le portage de repas, des ateliers mémoire, de l'initiation informatique, la galette des rois, le repas de fin d'année, le colis gastronomiques, des séjours culturels, la téléassistance, le transport gratuit et organisent la Semaine Bleue.

Gucher (1997) propose au travers de son travail d'observer la différence entre le local et le national qui, par la même, met au jour les variétés des politiques locales. Les résultats sont construits autour de la caractérisation d'une éthique qui structurerait la politique vieillesse et leurs modèles d'interventions directement liés. Les appuis théoriques sont orientés vers la sociologie webérienne, pour autant, l'analyse englobe les éléments clefs de l'analyse de l'action publique. Au contraire de Gucher, nous n'intégrerons la politique générale menée par le maire de la commune en question que lorsque cela nourrit la discussion vis-à-vis des modèles d'actions déployés.

¹³⁴ Prémices du label Villes Amies des Aînés, Roselyne Bachelot et Nora Berra ont lancé le label « Bien vieillir – Vivre ensemble » en partenariat avec l'Association des maires de France et l'association parlementaire « Vieillir ensemble ». Ce label est destiné à promouvoir et à soutenir les communes prenant en compte, dans leurs politiques locales, l'amélioration de la qualité de vie des aînés. Il s'inscrit dans le plan national Bien vieillir (2007-2009).

- b. La fragmentation communale : multitudes d'acteurs et de modes d'interventions caractérisés par des fonctionnements en vases clos

Tout comme le chapitre précédent nous nous proposons au fil de l'écriture de qualifier et caractériser les modes d'interventions des acteurs agissant dans le champ de la prévention des effets du vieillissement par les APS, APA ou encore les APAS. Permettant par la même d'apprécier leur articulation ou indépendance.

- i. Les acteurs municipaux : opérateurs traditionnels de la prise en charge de l'action sociale en faveur des personnes âgées

Au niveau communal, l'action sociale, au sens large, renvoie aux missions exercées auprès des personnes âgées, des enfants, des adolescents, des personnes handicapées et enfin des personnes en difficulté sociale (Potier, 2009). Mais l'ensemble des communes françaises ne se mobilise pas pour tous ces différents niveaux d'intervention. En 2002, 20 % des communes de 100 à 5 000 habitants ne mènent aucune politique sociale (Dutheil, 2003, 2004). En revanche, 77 % des communes de moins de 5 000 habitants, ayant effectivement une politique sociale, les dirigent en direction des personnes âgées (Dutheil, 2002). Mais tout comme les schémas gérontologiques du 77 et du 91, les deux actions majoritairement proposées sont le portage de repas à domicile et les services d'aide ménagère (plus la gestion des structures collectives, autrement dit les EHPAD).

Les communes sont les interlocuteurs privilégiés des personnes âgées car elles soutiennent et aident à l'implantation de structures et associations offrant une pratique physique ou sportive à ses seniors.

La mairie peut également proposer un Guide des Seniors ainsi qu'un Guide des sports pour orienter, éclairer, informer et sensibiliser les aînés sur les questions d'un bien vieillir dans la cité. Elle assure aussi les aides sociales légales, facultatives et le soutien aux associations. Elle conseille, informe, transporte et offre différents événements pour les personnes de 60 ans et plus de la commune (La Semaine Bleue, repas des aînés, colis de fin d'année, la galette des rois, voyages, sorties, ateliers, etc.).

La commune dispose de deux services dédiés qui peuvent mettre des modèles d'intervention pour agir en faveur de la prévention du vieillissement : le Centre Communal d'Action Sociales (CCAS) qui dépend du service en charge des seniors, et le service des sports.

Les CCAS occupent une place de choix, bien que toutes les communes n'en possèdent pas, malgré l'obligation de création voulue par la loi du 06/01/1986 (loi n° 86-17). Les CCAS se voient confier, pour quatre communes sur dix¹³⁵, l'ensemble de la politique sociale communale. De plus, ils sont un appui considérable pour les seniors car ils animent une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison avec les institutions publiques et privées. Ils se mobilisent, entres autres, au travers de la prévention et animation pour les personnes âgées et la gestion d'établissements d'hébergement comme en atteste leur représentativité au sein de la gestion des logement-foyers¹³⁶. Le CCAS a donc pour enjeu l'action sociale en générale, dont les seniors font partie.

Le service des sports quant à lui peut proposer des activités physiques et/ou sportives aux personnes de 60 ans et plus de la commune, que ce soit de manière spécifique ou mélangés à d'autres publics. Ce service est associé à la jeunesse et à l'éducation et marginalement aux seniors.

Qu'en est-il au sein des communes étudiées ? Les services des sports et les CCAS se sentent-ils investis de la mission de prévenir les effets du vieillissement de leurs administrés ? Et plus encore, voient-ils les APS, APA ou encore APAS comme un vecteur de vieillissement en santé ? Retrouvons-nous des fonctionnements en vases clos ? Ou bien des coordinations naissent entre ces deux services distincts ? Échafaudent-ils des partenariats implicites ou explicites avec des opérateurs non municipaux pour prendre en charge cette problématique ? Ou bien s'en chargent-ils eux-mêmes ?

¹³⁵ Source : site de l'UNCCAS.

¹³⁶ La proportion de logements foyers gérés par les CCAS (et Centres Intercommunaux d'Actions Sociales, CIAS) adhérents à l'Union nationale des CCAS représente 57 % des logements foyers publics et 40 % du total existant tous modes de gestion confondus (public, privé non lucratif, privé lucratif). Source : site de l'UNCCAS.

1. CCAS : la valorisation de l'APA par les acteurs sociaux au-delà des missions traditionnelles

À l'automne 2003, lors de l'examen du projet de réforme par le Sénat, est introduite une disposition sous forme d'amendement accordant aux communes la possibilité de renoncer à créer un CCAS. Toutes les communes analysées en possèdent tout de même un, doté d'un niveau d'implication plus ou moins poussé, mais l'ensemble des CCAS interrogés offrent des services que l'on retrouve traditionnellement à savoir : le portage de repas à domicile, les goûters et thés dansants, les colis de fin d'année, les aides sociales facultatives et légales (comme l'APA, les aides au logement, etc.) et pour certains le transport gratuit via des navettes dédiées.

L'objet de l'analyse au sein des CCAS enquêtés était de savoir si des APS, APA ou APAS étaient proposées pour les seniors, et ainsi pouvoir caractériser les modes d'interventions au sein de la prévention du vieillissement desdits CCAS. Ainsi, quatre modèles d'actions sont mis au jour.

a. Les AP, un champ hors compétences

Tout d'abord, le premier mode d'intervention caractérisé est celui du laisser-faire, sans aucune volonté de prendre en charge la pratique physique des seniors. Nous rattachons ce modèle au fait que la pratique physique (quelle qu'elle soit) ne fait pas partie des missions du CCAS, cette compétence n'étant initialement pas l'une des prérogatives qui lui incombe, ainsi il ne la prend pas en charge. Ainsi, le CCAS de Bussy-Saint-Georges s'en tient aux dispositions traditionnelles et offrir une pratique physique ne constitue pas une priorité pour lui. Ainsi, l' élu en charge des seniors de Bussy-Saint-Georges n'a pas répondu à notre demande, et le CCAS nous a informé que cette thématique est étrangère à leur fonction actuelle, nous renvoyant sur le service des sports pour répondre à nos interrogations. Axé sur d'autres thématiques et problématiques (l'intergénérationnel, la cuisine, le potager, la couture et la mémoire) ce CCAS ainsi que son élu ne se positionnent pas en tant qu'acteurs de la prévention du vieillissement par la pratique physique, une autre répartition des tâches ayant été effectuée.

b. La délégation aux services des sports et/ou aux associations sportives

Nous retrouvons ce mode d'intervention pour le CCAS de Bussy-Saint-Georges et de Magny-le-Hongre. Bussy-Saint-Georges renvoie plus volontiers ces missions au service des sports alors que pour Magny-le-Hongre, outre l'effectivité d'une politique d'activation générale (envisagée par les aménagements urbains), elle délègue complètement à ses associations de type loi de 1901 la pratique sportive des seniors. Magny-le-Hongre possède sur son territoire un club des Aînés « *Phoenix Seniors* » qu'elle subventionne. L'élue aux seniors fait même partie de ce club associatif. Seulement cette association propose des jeux et des sorties (où la marche est le moyen de transport privilégié) et l'essentiel de leurs activités est culturel et gastronomique. Ainsi, pour ce qui est de proposer une pratique physique et/ou sportive aux seniors, le CCAS délègue complètement aux associations présentes sur le territoire.

« Après au niveau du sport senior, c'est LE CLUB. Au niveau des petits villages comme nous, ce sont les associations qui s'occupent du sport senior, la mairie aide derrière c'est sûr, mais ce sont les clubs qui agissent » (extrait d'entretien, Denis Basso, Directeur du CCAS Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

Cependant, l'élue aux seniors soumet, lors de ce même entretien, que tous les seniors de Magny-le-Hongre ne sont pas inscrits au sein d'associations, qu'elles proposent des APS ou bien des AP (respectivement les clubs sportifs et le club des aînés Phoenix Seniors via les sorties qu'il organise). Elle envisage alors qu'il faudrait penser à proposer quelque chose pour ces seniors non licenciés.

Ainsi, la question d'une pratique physique se situant entre la pratique sportive proposée en club et l'activation physique générale qui transparait des sorties du club seniors, n'avait pas été évoquée au sein même des services municipaux mais via notre rencontre, la question a été posée et murie.

« C'est vrai que ben quand on a vu votre demande de rendez-vous et ce que Jacky (Jaqueline Mikaëlian, élue chargée des sports) nous en avait dit, heu..., nous pour l'instant il n'y a RIEN mais ça pourrait être des choses à mettre en place, à développer. » (extrait d'entretien, Marie-France Aubey, Éluë aux seniors, Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

De plus, une résidence senior devrait voir le jour d'ici peu sur la commune et l'élue aux seniors, suite au constat du manque dans le domaine, souhaiterait pouvoir faire intervenir l'ETAPS du service des sports, ou bien un autre éducateur, afin que cette personne puisse dispenser des cours d'APA au sein de la structure. Plusieurs cas de figure ont été envisagés poussant un peu plus la réflexion sur le sujet. Il a en effet été évoqué la possibilité de construire directement une salle de sport au sein de la structure, mais cela fait intervenir le promoteur qui est privé, ou bien de demander un créneau dans la halle des sports de la commune afin que les seniors résidents, ou non, puissent bénéficier d'un cours d'APA. La discussion est donc en cours mais elle dépendra de la construction effective de cette résidence et des priorités municipales du moment.

c. Politique d'activation générale construite via les espaces urbains

Le troisième mode d'intervention est caractérisé par le fait qu'aucune activité physique n'est dispensée par le CCAS mais qu'il souhaite via le développement urbain du centre ville, que les seniors puissent bouger, au sens général du terme. Une politique d'activation physique par les plans d'urbanisme est donc menée. En effet, la commune de Magny-le-Hongre a la particularité d'être une ville nouvelle, due à sa proximité d'avec Disney Land Paris®. Ainsi, l'élue aux seniors et le directeur du CCAS rapportent l'importance que va revêtir la construction des petits commerces de proximité. Processus déjà enclenché il y a 4 ans, en concordance d'avec les attentes de la population senior enquêtée à l'époque, le développement va suivre son cours offrant alors un véritable lieu de vie aux seniors de la commune, leur permettant par la même de sortir de chez eux et donc de se mettre en mouvement, à pieds.

« Ce qui ressortait le plus du questionnaire¹³⁷ était le manque de commerce. Y'a trois, quatre ans, il n'y avait pas le marché, le boucher, les restaurants qui sont là, depuis cela a quand même poussé. Il y a eu le projet de supermarché avec pas mal de petites boutiques autour, fleuriste, boulanger, esthéticienne... Donc depuis, la réponse a été apportée... » (extrait d'entretien, Denis Basso, Directeur du CCAS Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

« Oui. Et puis autour du supermarché, il y aura une dizaine de boutiques, il y aura un bar à vins, une taverne alsacienne, un pressing.... Un vétérinaire aussi... Donc cela va aussi faire de l'animation... » (extrait d'entretien, Marie-France Aubey, Éluë aux seniors, Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

Ainsi, les services techniques sont mobilisés sur la pratique physique des seniors d'une certaine manière.

d. L'offre directe d'APA

L'offre directe d'une APA via le CCAS concerne trois des six¹³⁸ CCAS interrogés.

Tout d'abord, celui de la commune de Noisiel. Tous les mardis, une animatrice spécialisée en APA vient donner des cours de gymnastique douce aux seniors de la commune. L'APA est l'activité physique privilégiée des CCAS, au contraire des APS plutôt privilégiées par les services des sports comme nous le verrons plus loin. Ce service payant (deux euros la séance) a été mis en place par le CCAS en 1991 et en toute autonomie du service des sports car l'embauche de l'animatrice n'était pas liée au service des sports. L'activité a lieu dans une salle communale, et suite à l'augmentation du nombre de participants et la volonté des seniors d'en faire plus, un

¹³⁷ Questionnaire envoyé à chaque début de mandature à tous les seniors pour connaître leurs envies, besoins et attentes. Le questionnaire est transmis via l'association Phoenix Senior car elle compte plus de la moitié des seniors recensés de la commune, et via le listing des colis de fin d'année.

¹³⁸ Nous avons effectivement élargi le spectre de notre terrain d'enquête avec le CCAS de la commune de Gretz-Armainvilliers en Seine-et-Marne.

deuxième créneau a été ouvert (le jeudi matin). Cette activité fonctionne avec une quarantaine de participants à chaque séance.

À Roissy-en-Brie, le CCAS, en plus de proposer les activités traditionnellement retrouvées, propose aussi une APA mais sous une forme différente. En effet, il noue un partenariat avec un opérateur extérieur : l'AGSMC. Cette association, qui porte de nombreux projets du PRIF comme nous l'avons vu, anime donc l'atelier « Équilibre en Mouvement© », grâce au soutien du CCAS. Et enfin, à Gretz-Armainvilliers, nous retrouvons le même modèle d'intervention qu'à Roissy. La pratique physique représentait une volonté municipale et un axe important de l'action du CCAS, notamment dans le cadre de la prévention des chutes, facteur aggravant de la perte d'autonomie. Le CCAS propose alors une APA via l'association Siel Bleu. Comme nous l'avons également vu cette association constitue elle aussi (au côté de l'AGSMC) un opérateur privilégié des appels à projet lancés par le PRIF. Ainsi, une séance de gym d'entretien est proposée tous les lundis matins, dans une salle de spectacle que la mairie met à disposition. Ce cours rassemble 15 participantes, ce qui constitue la limite fixée par Siel Bleu pour un groupe. Au-delà, le CCAS devrait demander une séance supplémentaire à l'opérateur. Le coût pour les participants est bien plus élevé qu'à Noisiel, 30 euros par trimestre mais un trimestre est offert pour les assurés de l'AG2R La Mondiale. Ainsi, nous retrouvons au sein de cette commune toute l'originalité et la force des partenariats et coordinations noués aux niveaux départemental et national. Cependant, ce partenariat est le fruit de la volonté de la commune et ne résulte pas d'une proposition de Siel Bleu ou du PRIF. En effet, le CCAS souhaitait mettre en place des ateliers spécifiques à destination des personnes âgées et notamment un sur la prévention des chutes. L'association Siel Bleu a alors été sollicitée, avec laquelle le service renouvelle une convention tous les ans. L'atelier dure depuis 2007 et le CCAS ne souhaite en aucun cas mettre fin à cette coordination. Qui finalement revient à une délégation de service à un partenaire privé.

Trois CCAS proposent une offre directe d'activité physique pour les seniors de la commune concernée. L'activité proposée est toujours de l'APA et elle est assurée par des animateurs spécialistes de celle-ci. Le CCAS de Noisiel fait effectivement intervenir un travailleur indépendant en APA, celui de Roissy fait appel à l'AGSMC et Gretz-Armainvilliers sollicite Siel Bleu. La compétence des APA leur est reconnue et ils deviennent les prestataires privilégiés des services sociaux, dont la prise en charge des seniors leurs incombe. Ainsi, lorsque le CCAS souhaite offrir une pratique physique, ni les associations sportives de la commune, ni le service

des sports n'en sont les opérateurs. Au niveau régional, nous avons vu que les spécialistes de l'APA étaient les partenaires privilégiés des acteurs sanitaires (PRIF), en territoire communal, ils le deviennent pour les acteurs sociaux. Ce mode d'intervention s'explique par le fait que les spécialistes de l'APA (ici travailleur indépendant, Siel Bleu ou AGCSM) réalisent une prestation de service à la demande et ce pour un professionnel (ici les CCAS), et le salaire de l'encadrant est assuré à 100 % au travers de la prestation. S'ils faisaient appel à des clubs sportifs de la commune, outre le fait que leur cœur de cible sont les jeunes et la compétition et non pas la pratique d'activité adaptée aux seniors (en effet, seuls 2,8 % des clubs interrogés souhaitent développer/créer la pratique seniors dans leur association), l'intervention de l'animateur club serait plus complexe à prendre en charge et à statuer.

Pour résumer (Tableau 7), le premier mode d'intervention, caractérisé par le CCAS de Bussy-Saint-Georges¹³⁹, renvoie au fait que la pratique physique (quelle qu'elle soit) ne fait pas partie à ce jour des missions dévolues au CCAS.

Le deuxième modèle fait référence à la délégation complète. Au CCAS de Magny-le-Hongre¹⁴⁰ et de Breuillet¹⁴¹ ce sont les associations sportives de la commune qui sont en charge de la pratique alors qu'au CCAS de Bussy-Saint-Georges c'est le service des sports qui aiguillera, indifféremment du fait qu'il n'offre effectivement pas d'APS ou même d'APA au public retraité.

Le troisième mode d'intervention met au jour le CCAS de Magny-le-Hongre qui souhaite développer les espaces urbains via la création de commerces de proximité pour favoriser la mise en mouvement des administrés seniors. Ce modèle hybride se retrouve aux frontières de la prise en charge de l'APA par le CCAS sans pour autant en dispenser de manière directe et effective, via un opérateur physique. Ce dispositif est plus de l'ordre de la suggestion ou de l'incitation à la mise en mouvement que de la pratique d'APA.

Et enfin, le dernier et quatrième modèle d'intervention met en jeu le CCAS de Noisiel¹⁴² qui a pris en charge la pratique physique des seniors de la commune grâce à l'embauche d'une

¹³⁹ Équipe municipale non-réélue contre 40,57 % des voix.

¹⁴⁰ Équipe municipale également réélue.

¹⁴¹ Équipe municipale réélue avec 71,89 % des voix.

¹⁴² Équipe municipale réélue avec 63,69 % des voix.

animatrice sportive spécialisée en APA, le CCAS de Roissy-en-Brie via l'opérateur l'AGCSM et le CCAS de Gretz-Armainvilliers qui fait appel à Siel Bleu.

Les différents CCAS proposent ainsi des modes d'interventions multiples et variés mettant en jeu ou non des opérateurs extérieurs au service social. Parfois la volonté est d'inscrire une coordination avec le service des sports mais dans la concrétisation c'est toujours un opérateur extérieur à la municipalité qui dispense les cours d'APA aux seniors de la commune. Soit un vacataire est embauché, soit le CCAS fait appel à un partenaire privé. Ainsi, nous retrouvons au sein de l'action sociale communale plusieurs possibilités et offres différentes ce qui fragment l'offre de service que l'on peut retrouver en localité. L'uniformisation, au-delà même de l'unité ou de la coordination municipale, ne constitue absolument pas une réalité.

De plus, les APA sont plutôt synonyme de missions pouvant être dévolues au CCAS alors que les APS sont clairement déléguées aux associations sportives de la commune. Cependant, elles pourraient voir le jour via une coordination effective avec le service des sports. Enfin, l'activation physique générale est envisagée via des aménagements urbains la permettant et donc pas directement du fait du CCAS mais bien plus d'une volonté politique d'aménagement de l'espace communal en ce sens.

CCAS concernés	Mode d'intervention	Degré d'engagement dans l'APA
Bussy-Saint-Georges	Absence de l'activité physique au sein des missions	Nul
Breuillet Bussy-Saint-Georges Magny-le-Hongre	Délégation complète	Faible (via les subventions et le prêt d'équipements)
Magny-le-Hongre	Politique d'activation physique générale via les aménagements urbains	Moyen
Gretz-Armainvilliers Noisiel Roissy-en-Brie	Offre directe d'APA via un prestataire privé	Fort

Tableau 7 - Résumé des modes d'interventions des CCAS enquêtés

Pour la sous-partie qui suit, nous nous demandons si les services des sports fonctionnent de la même manière, suivant les quatre modèles d'interventions relevés en CCAS. Retrouvons ces mêmes dispositifs au sein des services des sports. De nouveaux modèles font-ils leur apparition ?

2. Services des sports : des modes d'interventions indirects

a. La délégation aux associations sportives

Nous retrouvons au sein des services des sports, un des modes d'interventions des CCAS ; celui de la délégation complète. Ici cette délégation se fait aux associations sportives de la commune. Ce premier modèle d'action est caractéristique du service des sports de la commune de Bussy-Saint-Georges qui ne propose (au jour de notre rencontre) aucune pratique physique (quelle qu'elle soit), ou manifestation, ou tout autre chose liant les AP, APS ou APA et les seniors au sein de la commune. En effet, ce service délègue toutes les actions aux associations. Ainsi, au travers de ce mode d'intervention, le service des sports est un accompagnateur plus qu'un acteur, ou un animateur. Il aide les associations via les créneaux horaires offerts au sein des équipements sportifs de la ville et via les subventions allouées chaque année aux différentes associations qui en font la demande. Ainsi, l'intervention de ce service des sports pour la pratique physique des seniors passe par la délégation de service aux partenaires privés associatifs car cette mission ne fait pas, à ce jour, partie des priorités.

« En fait, on a quand même une particularité au niveau de la ville : c'est que nous gérons très peu et nous organisons très peu en tant que mairie propre. Nous passons énormément par les associations présentes sur la commune, on passe par eux à quasiment 99 %. Donc on a vraiment un rôle d'accompagnement... » (extrait d'entretien, Cécile Munch, Responsable des sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014).

De plus le service des sports de Breuillet possède la même ligne politique, pour d'autres raisons. Ici, c'est l'absence d'ETAPS qui freine la mise en place d'activités physiques pour les seniors. Ainsi, le service des sports de Breuillet délègue aux associations avec deux supports écrits afin de

s'assurer du passage essentiel de l'information : le guide des sports et le guide des seniors qui est remis chaque année aux retraités de la commune. Au sein de ceux-ci figurent effectivement l'ensemble des associations présentes sur la commune, les diverses activités et loisirs proposés spécialement aux seniors, et toutes les informations utiles pour les retraités breuilletois.

« *C'est vrai que c'est grâce à l'interface des associations.* » (extrait d'entretien, Hervé Bouteiller, Directeur des sports, Breuillet, 04/02/2014).

L'envie de coordonner le service des sports et le CCAS afin de pouvoir offrir aux seniors une APA est forte au sein de deux services des sports, celui de Breuillet et de Bussy-Saint-Georges. Ainsi, la commune de Breuillet souhaite faire intervenir un ETAPS pour dispenser des cours aux seniors de la commune qui sont préalablement listés par le CCAS. Seul le budget manque pour le moment, en d'autres termes l'action n'est pas prioritaire pour le Conseil Municipal, mais des idées ont déjà été posées : cet ETAPS pourrait être affecté au parcours santé, mais il pourrait également intervenir au sein de l'EHPAD, et dispenser des cours d'APAS au sein d'une salle communale, à heures et jours réguliers. La volonté du directeur des sports d'avoir un ETAPS est très forte et il envisage de proposer de rémunérer un éducateur sportif d'une des associations de la commune afin de pouvoir faire bénéficier de cours d'APAS aux seniors si le budget ne permettrait pas l'embauche d'un ETAPS. Il a également pensé à mutualiser cet emploi avec les communes voisines.

Posée puis mûrie au cours de notre entretien avec l'élue aux sports et sa directrice, le service des sports de Bussy-Saint-Georges a également développé la même envie. Cette commune s'inscrit alors dans la dynamique du troisième mode d'intervention en ayant elle aussi la volonté de coordonner les deux services. Le projet « *tout à fait réalisable en plus* » (extrait d'entretien, Cécile Munch, Responsable des sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014) propose de mettre à disposition la compétence, la structure, les créneaux et l'ETAPS pour que les seniors qui ne sont licenciés dans aucun club sportif puissent suivre une séance d'APA une fois par semaine, sur un créneau horaire d'1h30. Le service pense en outre que le CCAS ne pourrait pas refuser la proposition, d'autant plus que depuis très peu de temps (1 mois avant notre rencontre) les deux services sont voisins, géographiquement parlant. Alors après les élections, si l'équipe ne change pas, des propositions de nouveaux projets comme celui-ci pourront émaner.

« Je pense que tant que cela [proposer une APS ou une APA au CCAS] propose des activités, a priori, je ne vois pas de raisons pour qu'ils soient contre... » (extrait d'entretien, Lynda Amami, Éluë aux sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014) ;
« Voilà, moi non plus, je ne les vois pas du tout refuser... Au contraire, cela va faire vivre la structure, c'est un plus. » (extrait d'entretien, Cécile Munch, Responsable des sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014).

De plus, une autre idée a été évoquée pour rassembler les deux services autour de la problématique de la pratique physique des seniors. Celle de proposer des « *coupons sports* ». Certes le service des sports de Bussy-Saint-Georges ne propose pas lui-même de pratique physique mais il souhaite tout de même pouvoir faire profiter des avantages tarifaires que peut mettre en place une commune et ainsi proposer des aides financières pour que tous puissent adhérer à une association sportive.

« Au niveau du CCAS, c'est vrai que cela fait un moment qu'on aimerait aussi travailler sur des coupons sports. Pour permettre l'accessibilité à tous aux associations sportives. C'est vrai que c'est une chose, bon on n'a pas forcément le temps dans notre quotidien, donc on se fait un peu rattraper par le temps mais c'est vrai que c'est vraiment quelque chose qu'on aimerait mettre en place parce qu'aujourd'hui les associations sont libres... Elles peuvent faire du paiement échelonné ou des facilités mais la personne qui n'a pas les moyens financiers d'adhérer à une association...ben elle ne peut pas. » (extrait d'entretien, Cécile Munch, Responsable des sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014).

Enfin, un dernier projet du service des sports de Bussy-Saint-Georges serait de mettre en place des événements de type « *one shot* » liants les deux services pour répondre à une demande non satisfaite par les associations sportives, à savoir proposer des pratiques physiques d'entretien pendant les vacances scolaires. L'idée n'est alors pas de faire de l'ombre aux associations mais bien de permettre une continuité dans le service rendu. Au sein d'autres communes enquêtées, le temps des vacances scolaires n'était pas jugé comme pertinent pour offrir une pratique aux seniors pour de simples questions d'organisation : pendant les vacances scolaires, le public

retraité s'occupe bien souvent de ses petits enfants et ne peut donc pas poursuivre, ou entamer, une pratique physique pendant celles-ci.

Malgré les inconvénients que suggèrent les événements ponctuels (entre autres la question de l'intégration d'un nouveau comportement favorable à la santé par la mise en mouvement sur une seule journée, le suivi des seniors sensibilisés et la poursuite de l'activité), ils auraient le mérite d'exister et de sensibiliser quelques seniors aux bienfaits des APA.

b. Une politique d'activation générale construite via les espaces urbains

Le second type d'intervention des services des sports est l'intérêt important porté aux aménagements urbains qui pourraient favoriser la mise en mouvement de la population senior. Notons que ce modèle était également retrouvé au sein du CCAS de l'une des communes concernée.

Le service des sports breuilletois affiche la volonté d'offrir une pratique physique via l'espace à la fois urbain et rural de la cité elle-même et la spécificité que celle-ci possède. Breuillet a été sensible au réaménagement des sentes communales permettant dorénavant d'offrir un lieu de pratique physique via un parcours de marche d'environ 15 kilomètres, ainsi qu'un parcours de santé.

Cet investissement dans l'aménagement ou le réaménagement urbain concorde parfaitement avec les grandes idées des organismes supranationaux, que ce soit en termes de plan d'urbanisme ou en termes de type de pratique physique. En effet, avec le principe des VADA (Villes Amies des Aînés de l'OMS), les élus locaux sont encouragés à penser les espaces de vie publics et collectifs pour favoriser la mise en mouvement de tous les citoyens, dont les personnes âgées. La présence de bancs à distance réfléchit les uns des autres, de trottoirs suffisamment larges, de feux tricolores suffisamment longs, la présence de pistes praticables et sécurisées pour la randonnée pédestre, la présence de petits commerces de proximités, etc., sont autant d'exemples d'aménagements urbains soutenus par l'OMS. Et ces espaces de vie publics et collectifs ainsi pensés favorisent effectivement une pratique physique quotidienne ; permettant peu à peu à la population senior d'atteindre les recommandations internationales en termes de pratique physique bénéfique pour la

santé (à savoir au minimum 30 minutes de marche modérée quotidienne). Ainsi, les services des sports des communes qui délèguent complètement la pratique physique des seniors aux associations mais qui pensent l'espace communal comme lieu pouvant favoriser la pratique physique, s'inscrivent *in fine* dans une démarche de prévention du vieillissement par une APA (adaptée, car chaque retraité adaptera son rythme de marche à ses envies, attentes, besoins, état de santé, etc.).

Ce dispositif est également retrouvé dans la politique sportive de l'élue de Magny-le-Hongre. Tout comme pour Breuillet, le manque de personnel mis à disposition pour les sports fait que l'unique Éducateur Territorial des Activités Physiques et Sportives – ETAPS – assume finalement les responsabilités d'un directeur de service, sans pour autant être désigné comme tel¹⁴³, et il n'intervient que sur le sport scolaire. La règle est alors là aussi la délégation complète aux associations. Cependant, rendre possible une pratique physique au sein de l'espace communal est un, voire l'unique, cheval de bataille de l'élue (cette sensibilité est en effet bien plus marquée qu'à Breuillet). Forte de ses convictions et de son influence politique, l'élue aux sports a réussi à faire réaménager des pistes cyclables et des sentiers de promenade tout autour de la commune et au sein même du village. Actuellement, l'élue se bat (les budgets étant ce qu'ils sont, les élections approchant à ce moment-là et le terrain étant intercommunal) pour pouvoir faire un parcours santé. Celui-ci est pensé avec la pose de machines avec lesquelles le travail de renforcement musculaire est possible, accompagnées de panneaux indicatifs¹⁴⁴ pour chaque atelier du parcours. En outre, elle souhaite également réhabiliter le boulodrome communal. Ces deux volontés favorisent le contentement d'une majorité : les plus sportifs pourront s'adonner à du renforcement musculaire, ceux plutôt axés sur la convivialité pourront jouer à la pétanque, et ceux préférant la marche peuvent d'ores et déjà profiter des sentiers réhabilités. Sur son prochain mandat (elle en compte déjà quatre à son actif), en cas de réélection, elle aimerait que la commune se concentre encore davantage sur l'aménagement des espaces verts (pour encore plus

¹⁴³ En effet, le service des sports de cette commune a la particularité d'être placé au sein d'un service plus général regroupant plusieurs thématiques dont l'une d'entre elles est le sport.

« *Mon service est l'administration générale, il y a l'état civil, les manifestations municipales, la vie associative, la culture, le sport, ...* », (extrait d'entretien, Carol Perchat, Directrice du service qui prend en charge celui des sports, Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

¹⁴⁴ Échauffement, nombre de répétitions, nombre de séries, temps de repos, conseils de posture, etc.

développer les endroits favorisant la mise en activité) et les plans d'eau (pour introduire la pêche sportive). Cette élue aux sports se sent très concernée par la pratique physique et sportive des administrés, même seniors et va à chaque manifestation sportive pour inciter chaque senior à se mettre en mouvement « *au lieu de rester sur un fauteuil devant la télé* » (extrait d'entretien, Jacqueline Mikaélian, Élué aux sports, Magny-le-Hongre, 04/03/2014). Ainsi lors des matchs de divers clubs de la commune, elle pousse les supporters seniors à pratiquer eux-aussi l'activité en question, pour pouvoir ensuite créer une section vétéran au sein de l'association concernée. Cette incitation très sportive du service des sports est très certainement due au fait que l'élue elle-même a toujours été très sportive, a toujours pratiqué des activités sportives en clubs. De surcroît, c'est aussi le cas de nombreux élus du Conseil Municipal, à Magny-le-Hongre, la sensibilité sportive n'est pas à construire, elle est prégnante.

« Et puis dans l'équipe municipale, il y a le président du club de basket entre autre. Bon évidemment, il a passé la main car il ne peut pas être président d'une association et élu. Mais, là vous avez ça en particulier. Chez les élus plusieurs pratiquent, soit ils sont inscrits dans un club soit ils font comme moi, ils marchent beaucoup. » (extrait d'entretien, Jacqueline Mikaélian, Élué aux sports, Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

Notons en outre que le service des sports de Magny, porté par le dynamisme de son élue, voit bien plus volontiers le parcours santé avec du matériel de renforcement musculaire, les pistes cyclables, les sentiers de randonnées et le boulodrome comme pouvant mettre en mouvement les administrés seniors, alors que comme nous l'avons vu précédemment, l'élue aux seniors et le directeur du CCAS de la même commune envisageaient plutôt la construction de commerces de proximité comme améliorant et favorisant la mise en mouvement des seniors. Ainsi, des visions différentes se retrouvent au sein d'une même équipe municipale enfantant des modèles d'actions hybrides. Plus l'équipe municipale est investie, plus elle cumule les dispositifs.

Suite aux enquêtes qualitatives, nous pouvons dire que chacun des services des sports enquêtés met en place des modes d'interventions en fonction de ses priorités (Viriot-Durandal, 2014,

p. 21), et nous retrouvons finalement deux modèles d'interventions qui ont permis de caractériser les articulations entre acteurs municipaux (Tableau 8).

Le premier mode de fonctionnement est observé à Breuillet et à Bussy-Saint-Georges. Ces services des sports renvoient la prise en charge de la pratique des seniors aux associations de type loi de 1901 présentes sur le territoire.

Le deuxième modèle, caractéristique des communes de Breuillet et Magny-le-Hongre, fait référence à un double processus. D'une part, les services des sports et des seniors délèguent et font confiance aux associations sportives qui assurent d'ores et déjà une pratique physique pour les seniors. D'autre part, les deux services municipaux ont malgré tout eu la volonté de réhabiliter des sentiers de marche, des pistes cyclables ou encore des parcours santé afin de favoriser la pratique physique et de santé de leurs administrés retraités. Ici, les associations sont la pierre angulaire de la pratique sportive et la commune elle-même est le lieu de mise, ou de remise, en mouvement. Un double mode d'interventions complémentaires a ici été observé, révélateur d'un dispositif hybride.

Services des sports concernés	Mode d'intervention	Degré d'engagement dans l'APA
Breuillet Bussy-Saint-Georges	Délégation complète	Faible (via les subventions et le prêt d'équipements)
Breuillet Magny-le-Hongre	Politique d'activation physique générale via les aménagements urbains	Moyen

Tableau 8 - Résumé des modes d'interventions des services des sports enquêtés

Nous étudierons le modèle d'intervention du service des sports de Roissy-en-Brie de manière distincte, au sein de la dernière sous-partie de ce chapitre, de part son originalité. Cependant, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que cette commune assure la pratique physique et sportive de ses administrés seniors grâce à un unique opérateur : son service des sports.

3. La déconnexion et la fragmentation des dispositifs d'interventions des services municipaux

Pour conclure cette sous-partie, comparativement, les CCAS et les services des sports proposent tous les mêmes modes d'interventions, bien que les sensibilités sportives soient plus ou moins accentuées en fonction des élus. Nous retrouvons alors trois schéma-types d'actions : la délégation complète (soit à l'autre branche municipale, soit aux acteurs privés associatifs), l'aménagement ou la réhabilitation du territoire communal et l'offre directe de pratique effective dispensée par le service lui-même. Cependant la volonté de coordination entre les deux services peut être très forte pour l'intérêt de la prévention d'un vieillissement en santé.

Nous nous rendons compte qu'au-delà des préconisations nationales ou des orientations supranationales, chaque commune développe un mode d'intervention qui lui correspond et en lien avec les moyens dont elle dispose. C'est en ce sens que l'on peut affirmer que les communes établissent elles-mêmes « *une politique spécifique de la vieillesse* » (Gucher, 1997, p. 10). En effet, les élus sont préoccupés par leurs propres envies, idées, convictions avec lesquelles ils construisent une politique qui leur est propre, basée sur leur mandat. Ainsi, l'inscription pleine et directe au sein des orientations des schémas gérontologiques départementaux ou des orientations nationales en terme de pratique sportive est dépassée.

« Ils (les élus) ont leur propre projet, leur propre base, leur idée... Après, une politique c'est aussi en fonction des moyens que l'on peut se donner hein... Le département donne un peu et puis plus ça va aller, moins l'État sera investi dans les collectivités territoriales, ce qui va avoir un impact sur les actions qu'elles mènent mais c'est vrai que jusqu'à présent, enfin moi cela fait 23 ans que je suis ici, la municipalité maintient les accents QU'ELLE a décidé... » (extrait d'entretien, Annick Dellerba, Adjointe à la responsable du service Action Sociale, Responsable du secteur des personnes retraitées, 07/03/2014).

L'absence de coordination, et même plus, de lien entre les dispositifs nationaux, régionaux et l'action publique locale est frappante. De plus, les dispositifs communaux se retrouvent être déconnectés des échelons supérieurs car ils sont animés par des idéologies, des envies et des

priorités politiques différentes. L'articulation est également complexe entre la commune et le département car elle est tributaire des clivages politiques, parfois même du jeu de la concurrence (Gucher, 1997, p. 49-78).

Ainsi, avec la décentralisation la renaissance des politiques locales pouvait prendre deux formes : l'appropriation locale des politiques nationales ou la « nationalisation » d'initiatives locales (Gucher, 1997, p. 49-78). Nous n'avons relevé aucun de ces deux cas, pour le moment, bien que certains modèles d'interventions que nous identifierons plus loin pourraient plus faire l'objet d'une généralisation, permise par l'appropriation nationale d'une bonne pratique locale.

Cependant, les politiques ainsi menées font que chaque équipe municipale voit les actions politiques pensées uniquement pour son mandat, qui parfois est unique. Ainsi, il est difficile de pouvoir mettre en place une réelle politique de prévention du vieillissement, car ces politiques s'inscrivent dans une temporalité longue, comme la loi d'adaptation de la société au vieillissement le défend. Nous avons effectivement vu que celle-ci opérait un changement de paradigme en ne tenant pas compte des mandats politiques en allant au-delà de cette vision viciée mais attestée en commune. La directrice du CCAS de Roissy-en-Brie souhaiterait que ce soit également le cas au sein des municipalités pour que les choses avancent et qu'une réelle politique de prévention puisse être mise en place et que les réponses aux questions politiques ne soient pas apportées sur une temporalité courte, celle d'un unique mandat (Collinet, Schut, Pierre & Caluzio, 2014). La volonté au sein de ce CCAS en particulier est bien de « voir plus loin », de construire des projets à long terme. La directrice est en poste depuis 1988 et est lasse de voir des projets réformés à chaque élection au gré des élus en poste. C'est également le cas de la responsable du CCAS de Noisiel qui doit attendre que les élections soient passées pour pouvoir espérer que le nouveau projet sportif de l'animatrice en APA soit accepté sous une potentielle nouvelle équipe municipale. L' élu aux sports de Breuillet attend également les élections pour pouvoir proposer une pérennisation de 3 actions sportives pour les seniors de la commune par semestre.

En revanche, malgré leurs factuelités, les politiques établies au niveau municipal en dehors des priorités ou axes politiques nationaux, peuvent jouer un rôle non sans conséquence sur les politiques nationales. Comme nous l'avons vu, le terrain communal est propice au dynamisme et à l'innovation. Leur marge d'expression « *autorise le développement de programmes d'action*

locaux singuliers » (Gucher, 1997, p. 11) qui peuvent devenir un exemple sur certaines bonnes pratiques, et être repris au niveau national pour permettre leur généralisation.

Mais comme nous l'avons vu au sein du chapitre précédent, les acteurs investissant le champ de la prévention du vieillissement sont nombreux. Le personnel municipal n'est évidemment pas l'unique opérateur, nous retrouvons également des acteurs du monde sportif¹⁴⁵. Les CCAS et services des sports enquêtés leur délèguent effectivement l'offre de pratique aux seniors. Mais une pratique physique (APS ou APA) pour seniors est-elle dispensée au sein de ces clubs ? Ponctuellement, notre analyse sera enrichie avec une enquête quantitative que nous avons menée au sein de centaines de clubs de notre bassin d'investigation (Encart 27).

- ii. Les acteurs du monde sportif : opérateurs potentiels de la pratique d'APS, APA et APAS en direction des seniors

Certaines associations de type loi de 1901 œuvrent en faveur d'un vieillissement en santé grâce à la pratique qu'elles proposent directement aux 60 ans et plus vivant sur la commune d'exercice de leurs fonctions. Les clubs peuvent être spécifiques aux seniors ou non, et proposer des APS, APA ou APAS.

Concernant notre terrain d'enquête, l'association « Marche Rando Breuillet » est une association de marche qui offre une pratique hebdomadaire avec trois créneaux par semaine pour trois niveaux différents (de 8 à 17 kms) mais aussi mensuelle avec l'organisation d'une journée complète de marche par mois (10-12 kms avec un déjeuner en restaurant ou un pique nique à mi-parcours). L'adhésion, dont l'unique but est de servir à payer l'assurance, est de 5 € à l'année. Cette association, dont l'unique encadrant est bénévole, a vu le jour suite aux demandes de

¹⁴⁵ Nous ne retrouvons effectivement pas en communes les caisses de retraite qui sont pourtant les chefs de file au niveau territorial supérieur (en départements et régions). En effet, ces acteurs endossent le rôle de coordinateur/financeur, ainsi ils n'interviennent pas directement auprès du public cible, ce sont bien les opérateurs qui investissent le terrain d'action.

seniors ayant vu une personne (devenue encadrant et président) marcher seul ou avec des amis. Elle compte désormais 96 licenciés, dont 94 ont plus de 60 ans.

Le club « Art'men », basé à Magny-le-Hongre propose lui du Tai Chi Chuan, Qi Gong et Tao Gym, à raison de cinq créneaux de 2 heures par semaine. Il compte 50 licenciés dont cinq seniors, avec un seul encadrant qui est lui-même le président de l'association. Le club couvre trois communes et demande 360 € de cotisation annuelle, payable en trois fois ou 160 € pour un trimestre de pratique.

« Val d'Europe Oxygène », lui aussi sur la commune de Magny-le-Hongre propose de la gym douce au sein de son club d'athlétisme. En groupe de six à sept seniors pour assurer une certaine qualité d'intervention sur un créneau d'une heure par semaine. Le club propose également de la marche nordique (sur deux créneaux d'1h30 par semaine et du jogging à la demande, « *parce qu'il faut bien faire ressortir le côté athlé quand même* » (extrait d'entretien, Karim Boudjemai, Head Coach et président de l'association, Val d'Europe Oxygène, Magny-le-Hongre, 21/02/2014). En tout, le club propose 10 heures de pratique par semaine, dont 4h spécifique aux cours seniors. Comptabilisant 60 licenciés, ¼ a plus de 60 ans. La création des créneaux dédiés aux seniors répond à une demande indirecte : le constat du président et encadrant sur le fait que la population vieillit, ce qui crée une évolution dans la pratique sportive et l'inévitable ouverture (adaptation) de celle-ci aux seniors.

Le « Club Alpin Français Marne-la-Vallée » (CAF MLV), avec comme chef lieu la commune de Noisiel, propose de l'escalade, de la randonnée sportive, des courses de hautes montagnes, des randonnées glacières et de l'orientation. Chaque semaine une sortie est proposée (18 à 25 kms, soit 5 à 6 heures de marche) par des organisateurs bénévoles dont le président fait partie. Souvent organisées le dimanche mais pas exclusivement, les programmes sont établis plusieurs mois à l'avance et ils alternent la randonnée et l'escalade. À la belle saison une sortie falaise à proximité de la région est organisée et en été et à l'automne des sorties en falaise sont organisées vers des sites plus éloignés. De plus, tout au long de l'année sont également proposées des sorties « varappe » sur blocs. Et enfin, chaque année un séjour d'une semaine est organisé pour découvrir une falaise ou des grandes voies. L'association qui dénombre 23 adhérents, est essentiellement composée d'adultes entre 50 et 65 ans, plutôt sportifs, depuis longtemps et comprenant une majorité de professionnels de la santé y compris du secteur des personnes âgées. L'adhésion coûte moins de 100€ et dépend de l'âge, de si l'on est en couple avec un licencié, si

l'on est guide, etc. L'association défend sa pratique comme une pratique plus soutenue que la marche nordique souvent rencontrée en clubs, ainsi le nom du club « Club Alpin », les sorties escalades, hautes montagnes, etc., prouvent de leur activité plus sportive et plus engagée : « *Il faut que nos adhérents sachent bien vers quoi ils s'engagent.* » (extrait d'entretien, Dominique Rolland, Président et encadrant, CAF MLV, Noisiel, 04/07/2014).

Le club « Marne-La-Vallée Athlétisme » (MLVA) également de Noisiel, propose des activités de marche nordique, accompagnement jogging, condition physique, et remise en forme. Ces activités sont retrouvées au sein d'une licence unique « *Santé Loisirs* » qui propose 9 créneaux libres en semaine, allant d'une heure à deux heures. L'association compte 200 licenciés sans aucun de plus de 60 ans « *parce que c'est un tout nouveau club, il n'a que deux ans d'existence* ». Réalité vécue comme une « *faiblesse énorme* » par son président de club, les projets se concentrent dorénavant sur le développement du nombre de licenciés seniors : « *Le savoir faire on l'a, il ne reste plus qu'à le faire savoir en fait ! Qui pendra plus de temps...* » (extraits d'entretien, Benoît Ponton, Président et ancien entraîneur, MLV Athlétisme, Noisiel, 02/05/2014). Le prix de l'adhésion annuelle est de 160 € ou 140 € en cas de renouvellement de licence.

Enfin, l'« Union Sportive de Roissy-en-Brie » propose au sein de ses 16 sections une section Tai Chi (USR Tai Chi). La pratique est proposée sur deux créneaux par semaine sur 1h30, parfois 2h, en fonction des besoins et demandes des élèves. La section compte 35 adhérents (uniquement pour le Tai Chi, l'USR générale compte 1 500 adhérents) avec une moyenne d'âge de 57 ans. Le licencié le plus âgé a 74 ans et le plus jeune 26 ans. 165 € sont demandés en contrepartie d'une pratique annuelle.

1. La rencontre entre politique associative et politique fédérale

Concernant les liens entre les clubs et leurs fédérations, plusieurs cas de figure se dessinent, configurant des articulations efficaces. La majorité des clubs nouent des relations avec leurs fédérations mères en s'y affiliant et en diffusant au sein de leurs associations la politique et la mentalité insufflées par le niveau national. Par exemple le MLVA (athlétisme basé à Noisiel) s'inscrit pleinement dans la politique menée au niveau fédérale. En effet, le président de l'association met un point d'honneur à développer sur son terrain un nouveau programme fédéral qui vise à cibler toutes les personnes qui veulent faire du sport sans faire de compétition. Ainsi les quatre disciplines fédérales proposées en ce sens ont été reprises dans ce club (la condition physique, la remise en forme, la marche nordique et le jogging loisir). De plus, cette affiliation à la fédération permet à l'association de former ses éducateurs à ces nouvelles pratiques santé loisirs. Le club possède huit encadrants dont deux spécifiquement formés au niveau fédéral pour le programme santé loisirs. Convaincu de la légitimité de la politique fédérale, le président du MLVA inscrit pleinement sa politique associative dans ces idées-là. Le CAF MLV (Clup Alpin, Noisiel) est affilié à la Fédération Française des Clubs Alpains et de Montagne parce qu'elle offre aussi plusieurs avantages. Elle permet une assurance adaptée à ces pratiques sportives, 50 % de réduction pour tous dans les refuges gérés par la Fédération, des prix réduits dans tous les chalets et centres de montagne gérés par la Fédération, des accès aux stages et formations organisés par les clubs, un abonnement gratuit à *Montagnes Infos*, la revue interne de tous les adhérents, offre 50 % de réduction sur l'abonnement à *La Montagne et Alpinisme*, qui est la revue de référence, un accès gratuit au Centre national de documentation Lucien Devies au siège de la Fédération, un accès aux stages *Montagnes de la Terre* encadrés par des guides de haute montagne et enfin un accès aux offres d'une boutique spécialisée, gérée par la Fédération. De plus, le club s'inscrit également dans la même ligne directrice que la fédération, à savoir l'accueil de tous, quel que soit l'âge pourvu qu'ils soient autonomes et responsables de leur pratique. Puis, l'USR Tai Chi est affilié à la Fédération de Wushu qui permet à l'encadrante d'avoir un diplôme spécifique à la pratique du Tai Chi.

Alors que l'une des associations enquêtées a choisi de ne tout simplement pas s'affilier à sa fédération de rattachement (celle de la Randonnée Pédestre) car celle-ci n'apporterait rien, ni à l'association, ni à ses pratiquants, selon le président et encadrant de Marche Rando Breuillet.

Un autre club, bien plus prononcé sur ses raisons de non affiliation, met effectivement un point d'honneur à ne surtout pas suivre la politique fédérale et refuse ainsi de faire adhérer leur association à la fédération. C'est le cas d'Art'men (Tai Chi, Qi Gong et Tao Gym basé à Magny-le-Hongre) qui dénonce l'attachement trop important aux grades, compétitions, niveaux, etc., de la fédération. Ainsi ce club va « *se laisser convaincre* » par une affiliation à la FFEPMM Sport pour Tous, plus en adéquation avec sa « *philosophie* », ses valeurs et ses pratiques de terrain (extraits d'entretien, Pierre Elmassian-Changeat, Président et encadrant, Art'men, Magny-le-Hongre, 03/04/2014). En revanche, il devra satisfaire à l'exigence de détention d'une certification fédérale.

Et enfin un autre club se situe entre ces trois extrêmes (rattachement à la fédération de prédilection, pas de rattachement et rattachement à une autre fédération). En effet, il souhaite être affilié à sa fédération mère mais aussi obtenir une affiliation à une fédération reconnue pour la pratique senior. Ainsi le Val d'Europe Oxygène (athlétisme à Magny-le-Hongre) est affilié à la Fédération Française d'Athlétisme mais va également demander son rattachement à la FFEPGV. Cette double affiliation est soutenue par le fait que la FFA permet effectivement de répondre aux pratiques jeunes compétitives et de mettre en place des pratiques de santé loisirs mais que la FFEPGV a « *des idées plus avancées sur le loisir que la FFA* » (extrait d'entretien, Karim Boudjemai, Head Coach et président de l'association, Val d'Europe Oxygène, Magny-le-Hongre, 21/02/2014). Ce choix prouve de la hiérarchisation des priorités fédérales et donc retrouvées en clubs. La FFA est axée sur le public jeune et compétitif et la FFEPGV sur les seniors et le loisir. L'ouverture de ce club sur une fédération spécialiste des APA accentue sa volonté de prendre en charge le vieillissement par la pratique d'APS mais aussi, et surtout, d'APA, voire d'APAS pour ce club précisément.

En revanche, 81.4 % des clubs répondant à notre enquête quantitative n'inscrivent pas leur action dans le cadre d'une politique plus large.

2. L'anecdotique rencontre entre politique associative et politique municipale

Cependant, les associations sont bien plus proches, au moins géographiquement parlant, de la commune sur laquelle elles sont implantées que de leur fédération. Ainsi, les liens que tissent ces deux acteurs, l'un public, l'autre privé sont divers. Ces articulations peuvent être minimales en se contentant de la présence du club au forum des associations de la ville, comme c'est le cas de Val d'Europe Oxygène. Elles peuvent être un peu plus poussées avec une intervention au forum des association couplée au prêt d'une salle communale pour l'Assemblée Générale du club (Marche Rando Breuillet) ou, toujours avec la présence au forum des association, couplée à la demande de créneau au sein du gymnase communal (USR Tai Chi). Elles peuvent également être un peu plus développées en mettant en jeu des subventions comme c'est le cas pour Art'men (Tai Chi à Magny-le-Hongre) qui demande des subventions aux trois communes où le club intervient (300 € pour la première commune, 150 € pour la seconde et le montant reste encore incertain pour la troisième). L'USR Tai Chi demande également des subventions à sa commune de rattachement mais ne compte pas dessus pour faire vivre sa section. Nous verrons plus loin que les clubs rencontrés ont tous des relations très peu développées avec leur commune de rattachement pour diverses raisons.

Notre enquête quantitative montre que 57 clubs (sur les 382 répondants à cette question) ont fait l'objet d'une demande de subventions pour développer la pratique des seniors de plus de 60 ans au sein de leur structure, soit 14,9 % des clubs. Et 82,5 % des clubs ayant demandé cette subvention l'ont obtenu. Ainsi, les communes offrent des subventions dans la majorité des cas si la demande en est faite. Pour développer la pratique d'AP en direction des seniors, la volonté doit émaner du club puis les collectivités feront en sorte que la volonté de départ soit concrétisée. Les communes, comme vu précédemment, agissent indirectement via ces subventions en faveur d'un vieillissement en santé par la pratique physique. Et ce schéma d'aides cristallise la rencontre type entre projet associatif et projet municipal, révélatrice d'une articulation.

3. Une minorité d'offre effective d'une activité adaptée aux seniors

Le mode d'intervention qui nous intéresse ici est l'offre effective d'une activité adaptée aux seniors au sein des associations.

Notre territoire d'enquête comprend 611 425 licenciés (Atlas des fédérations sportives 2012) dont 293 746 licenciés en Seine-et-Marne et 317 679 en Essonne. Nous avons avec notre enquête quantitative un échantillon de 94 742 licenciés sur 530 clubs au total (mais seulement 509 clubs nous ont donné leur nombre de licenciés total). La part des licenciés recensés par notre enquête couvre alors 15,5 % de la population licenciée dans le 77 et le 91.

- 363 clubs ont des licenciés de 55 à 65 ans. En effet, 143 clubs n'ont pas répondu et 24 clubs nous disent ne pas en avoir. Il y a 6 730 licenciés âgés de 55 à 65 ans, ils représentent ainsi 7,1 % des licenciés recensés par les clubs répondants. Ainsi, 71,3 % des clubs répondants (509 clubs) ont des licenciés âgés de 55 à 65 ans.
- 252 clubs sur 305 répondants ont des licenciés entre 65 et 75 ans. 53 clubs ont, en effet, répondu qu'ils n'en avaient pas mais 225 clubs n'ont pas répondu à la question. Les licenciés âgés de 65 à 75 ans représentent 4042 licenciés. Soit 4,3 % de la population licenciée globale. Les clubs ayant des adhérents âgés de 65 à 75 ans représentent 49,5 % des clubs répondants.
- 141 clubs sur 235 répondants ont des licenciés de plus de 75 ans. 94 clubs disent ne pas avoir de licenciés de plus de 75 ans et 295 n'ont pas répondu. Les licenciés âgés de plus de 75 ans représentent 1253 licenciés. Soit 1,3 % des licenciés au total. Les clubs ayant des licenciés âgés de plus de 75 ans représente 27,7 % des clubs totaux (sur les 509 répondants).

129 clubs ont des licenciés dans chacune des trois catégories (55-65 ans, 65-75 ans, 75 et plus) ce qui représente 25,3 % des clubs. Ainsi, 12025 licenciés ont 55 ans ou plus. Les plus de 55 ans représentent alors 12,7 % des licenciés des clubs ayant répondu à notre enquête sur les départements du 77 et du 91.

En France, on compte 15 735 821 licences dont 1 947 398 ont plus de 55 ans. Ainsi, au niveau national, les licences détenues par les seniors représentent 12,4 % des licences totales. Nous pouvons donc déduire que le taux de représentativité des licenciés de Seine-et-Marne et d'Essonne de plus de 55 ans est sensiblement le même qu'au niveau national. Notre échantillon entre dans les critères généraux des licences sportives nationales.

Seuls 12,7 % des clubs ont des seniors comme pratiquants, et 2,8 % des clubs souhaitent en faire le cœur de cible de leurs projets de développement.

En revanche, 97 clubs, soit 24,8 %, construisent un projet spécifique à destination des personnes âgées de 60 ans ou plus mais 90,9 % des clubs (soit 358 sur les 394 répondants) n'ont pas d'encadrant particulier pour les seniors. Pour les 9,1 % des clubs (36 structures concernées) qui offrent un encadrant particulier, celui-ci a majoritairement (93,5 %) suivi une formation spécifique à la fédération de rattachement (type FFEPGV) ou bien une formation en APA. Concernant la pratique elle-même, dans 81 % des clubs, les seniors suivent les mêmes activités que les autres licenciés de l'association¹⁴⁶ mais surtout 82,1 % des clubs répondants (352 associations sur les 429 répondantes) n'ont pas de créneau spécifique pour les seniors contre 17,9 % qui en proposent effectivement (77 clubs). La pratique intergénérationnelle, prônée à tous les échelons (international¹⁴⁷, national et départemental), est donc de mise au sein des associations répondantes, bien que l'absence d'encadrant spécifique impacte forcément cette donnée. L'intergénérationnel est un facteur important à cultiver (Feillet, 2012 ; Feillet et Roncin, 2013). La famille peut en être le lieu privilégié (Ulysse et Lesemann, 1997), mais ainsi entendu le club sportif peut également le permettre (Pichot, 2002). Les pratiques en clubs qui ne sont pas spécifiques aux seniors favorisent effectivement la conservation des contacts avec des personnes de tous les âges. De plus, l'association sportive est un espace où le senior, a qui l'on reconnaît des compétences techniques, existe ici et maintenant, au même titre que les plus jeunes (Feillet, 1996,

¹⁴⁶ Lorsque la pratique est différente elle est adaptée au senior : plus douce, sans ou moins de compétition, accès sur la mémoire ou l'équilibre, sans encadrant, etc.

¹⁴⁷ 2012 est proclamée année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle.

À noter que les politiques de relations intergénérationnelles ont notamment été renforcées bien avant, lors de l'année 1993, « année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre générations ».

p. 183). L'importance de l'intergénération est aussi appuyée au sein des schémas gérontologiques de nos deux départements d'enquête. Ainsi, celui de l'Essonne défend que 61 clubs de loisirs pratiquant l'intergénérationnel ont été subventionnés mais aussi que le département tisse un lien fort avec les EHPAD, les collèges et le CODERPA qui œuvrent pour cette cause (respectivement p. 25, p. 39, p. 60, p. 67 du schéma gérontologique). Il en va de même pour celui de Seine-et-Marne qui dit soutenir tous les hébergements (p. 60), services (p. 75), projets (p. 80) et partenariats (p. 82) favorisant le lien entre générations. Sur le plan national, le PNBV place l'intergénération comme l'un des 9 axes afin de promouvoir un bien vieillir pour sa population (axe n° 6 : *Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le "vivre ensemble", creuset du "bien vieillir"*). Par souci pratique (manques de moyens humains et/ou financiers) ou par réelle volonté d'intégration des plus âgés, les clubs répondants à notre recherche s'inscrivent par ce fait pleinement dans les volontés politiques pour un bien vieillir bien que la grande majorité disent ne pas s'inscrire au sein de politique plus large que celle mise en place par les élus de l'association.

Quand les clubs offrent des créneaux spécifiques à la pratique des seniors, en moyenne, ils bénéficient de 5,1 heures par semaine sont proposées aux seniors, sur trois séances hebdomadaires. Ainsi, lorsque l'on prend la moyenne de deux modalités (durée de la séance et nombre de séance par semaine), les associations sportives s'inscrivent pleinement dans les recommandations internationales, reprises au niveau français.

« (...) la recommandation de santé publique en matière d'activité physique correspond donc actuellement chez les adultes à la pratique d'une activité physique au moins d'intensité modérée (comme la marche à un pas soutenu) au moins 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou à la pratique d'une activité physique d'intensité plus élevée au moins 20 minutes à chaque fois 3 jours par semaine. Une combinaison d'activités d'intensité modérée et élevée peut également être utilisée pour atteindre le niveau recommandé. Dans une perspective intégrative, la pratique d'activités d'intensité élevée est complémentaire, ou représente une étape ultérieure dans une progression des individus pour atteindre, ou dépasser, le niveau minimum recommandé. La pratique d'exercices de résistance (musculature) 2 fois par semaine est également encouragée. » (Aquatias et al., 2008, p. 647).

Le calcul de tris croisés significatifs met en avant que les clubs qui sont le plus souvent concernées par un projet spécifique pour les aînés dispensent de la gymnastique et des activités d'entretiens (gymnastique volontaire, gymnastique douce, yoga, pilate, etc.) ainsi que les activités multisports. A contrario, les activités subaquatiques (plongée sous marine, hockey subaquatique et apnée) sont le moins concernés.

De plus, le croisement de la question « Construisez-vous un projet spécifique pour les 60 ans et plus » avec la modalité de la fédération à laquelle le club répondant est affilié met en avant le lien significatif qui existe entre la FFEPGV, la FFPJP (Fédération Française de Pétanque et jeux provençaux), la FFRS et la FF Wushu et le fait de construire un programme particulier pour les seniors. Nous pouvons ainsi faire le lien entre les APS les plus corrélées avec le fait de construire un projet spécifique pour les aînés et les fédérations. En effet, les activités de gymnastiques et activités d'entretiens et les activités multisports sont les pratiques mis en avant au sein des la FFEPGV et de la FFRS. Notons que les activités proposées par la FFEPGV et la FFRS sont par essence axées vers les personnes de plus de 60 ans. Ainsi, il semble normal de les retrouver en tête des activités et fédérations proposant des projets spécifiques. De plus, il semble important de soulever le fait que la FFPJP prône des sports qui requièrent de l'expérience. Les clubs n°56, n° 141 et n° 493 proposant cette activité n'ont pas « d'école » de pétanque, ainsi la sélection se fait d'elle-même. La majorité des licenciés ont plus de 60 ans ce qui explique pourquoi cette fédération se trouve aussi portée par des projets à l'intention directe des seniors.

De plus, lorsque l'on croise cette même question avec les activités pratiquées, nous nous rendons compte que les clubs qui dispensent des activités de type gymnastique d'entretien jugent leur rôle prioritaire comme étant de « *ralentir les méfaits du vieillissement et de participer à une action politique en direction du « Bien Vieillir »* », tout comme les activités multisports. Comme nous l'a montré l'analyse précédente, ces activités s'inscrivent encore une fois dans une politique plus large, celle de la prévention des effets du vieillissement.

En outre, nous avons effectué le croisement de la question des rôles prioritaires avec les fédérations d'affiliations des clubs répondants. Les clubs affiliés à la FNSMR sont corrélés avec le fait de penser que leur rôle prioritaire est de « *participer à une action politique en direction du « Bien Vieillir »* ». Effectivement, c'est une fédération multisports qui a pour mission d'animer et de développer le milieu rural par le biais de la pratique sportive de loisir accessible à tous. Ainsi,

elle s'inscrit de fait dans une politique plus large. Mais ce n'est pas la seule. Les clubs adhérents à la FFRS et à la FFEPGV voient le même rôle prioritaire. Comme nous l'avons vu, ces deux fédérations s'inscrivent, elles aussi, dans une politique plus large. Il nous semble alors cohérent qu'elles placent le rôle principal dans une intégration à une politique du bien vieillir. De plus, les clubs dépendants de la FFEPGV mettent en avant un second rôle prioritaire, celui de « *ralentir les effets négatifs du vieillissement* ». Ce rôle est là aussi corrélé avec les rôles prioritaires des activités gymniques d'entretiens.

Les fédérations d'affiliation des clubs concernés par des plages horaires dédiées aux seniors sont sans surprise la FFEPGV, la FFRS, la FFGolf puis la FFCT (Fédération Française de Cyclotourisme), correspondant ainsi aux APS concernées par cette modalité. En ce qui concerne la FFRP, notons que l'âge médian des licenciés au sein de cette fédération est de 62 ans (Atlas National des fédérations sportives). Ainsi, la spécialisation des créneaux est inutile, ce qui expliquerait pourquoi nous retrouvons ici les FFRP.

De manière qualitative, Rando Marche Breuillet ne pense pas offrir consciemment une pratique dédiée aux seniors, mais aux personnes en général car parfois ce sont les plus âgés qui marchent le plus vite. Ainsi, la randonnée pédestre est une activité de facto adaptée, mais au même titre qu'elle est adaptée à l'ensemble de la population (Aquatias et al., 2008).

Art'men (Magny-le-Hongre) pense son adaptation non pas en terme de contenu mais en terme d'exigence au sein de ce même contenu. L'encadrant se veut moins rigoureux et moins exigeant sur les postures. Pourquoi ? Parce qu'il a la conviction qu'il « *faut magner ces gens-là avec précaution.* », il pense ne pas pouvoir « *forcer* » car leurs corps présentent « *de l'usure* » (extrait d'entretien, Pierre Elmassian-Changeat, Président et encadrant, Art'men, Magny-le-Hongre, 03/04/2014). Ainsi, il adapte ses exigences au public senior et l'amène plus progressivement vers la bonne posture tout en adaptant également les postures qui ne sont plus réalisables pour certains.

L'association Val d'Europe Oxygène (athlétisme à Magny-le-Hongre) pense « *de base* » être adaptée au public senior car elle propose des activités qui sont elles-mêmes adaptées, dans leur essence même. Et c'est également le cas pour MLVA (athlétisme, Noisiel). Cependant, l'encadrant de Val d'Europe Oxygène va plus loin en adaptant non seulement son intervention personnelle et l'activité elle-même en fonction des possibilités physiques et mentales de chaque

personne présente. Celui-ci avoue être bien plus alerte en présence d'un public senior qu'un public jeune. Il reste plus vigilant et ne propose que de petits groupes pour permettre cet accompagnement adapté et ainsi assurer une certaine qualité d'intervention et de pratique.

C'est également le cas de l'encadrante de l'USR Tai Chi de Roissy-en-Brie qui admet que même au sein d'un groupe qui est exclusivement seniors, elle n'agit pas de la même manière avec un élève de 60 ans qu'avec un élève de 87 ans. Le Tai Chi repose sur des postures corporelles, pour lesquelles les articulations sont très sollicitées, ainsi elle met un point d'honneur à être « *encore plus alerte, à avoir une vigilance plus soutenue* », lorsque les personnes sont plus âgées (extrait d'entretien, Fabienne Tournier, Encadrante Tai Chi Chuan à l'USR Roissy-en-Brie, 13/03/2014). Alors que pour l'encadrant du CAF MLV (Club Alpin), la pratique est adaptée aux conditions physiques et aux compétences, en dehors de toutes notions d'âge.

Ainsi, la majorité des encadrants et des présidents de clubs offrent une pratique adaptée aux spécificités du public senior (que ce soit au niveau des jours, des horaires ou encore des lieux de pratiques¹⁴⁸) mais développent en plus une approche pédagogique et un encadrement différent, ils sont en effet plus attentifs.

Mais certaines associations vont plus loin dans leur mode d'intervention en ayant la conviction affichée de permettre, par leur pratique, un vieillissement en santé. Ainsi, Art'men affirme que les arts énergétiques chinois qu'il dispense participent du ralentissement au vieillissement. Ainsi, le président et encadrant de l'activité dit s'inscrire dans « *une réflexion santé-médicale* » et « *apporter du mieux être pour du mieux faire* ». Le bien-être, le mieux-être, le développement et l'épanouissement personnel dictent ses encadrements. Ainsi, il noue un partenariat avec un ostéopathe. En effet, si l'un de ses élèves souffrent d'un mal qu'il ne peut lui-même endiguer par des mouvements, des postures, ou encore de la « *digipuncture* », il fait intervenir son réseau médical : il met en relation l'élève en question avec un ostéopathe, un homéopathe ou encore un acupuncteur. La santé, comme l'a définie l'OMS, qui passe indéniablement par un bien-être physique et psychologique, est donc une véritable trame pour les interventions de l'association Art'men.

Quant à lui, Val d'Europe Oxygène (athlétisme à Magny-le-Hongre) pense simplement que si l'on pratique en loisir, on améliore sa santé. D'autant plus que la marche nordique proposée aux

¹⁴⁸ Le matin, en semaine et plutôt en extérieur lorsque cela est possible.

60 ans et plus de l'association développe 5 qualités de base : l'endurance, la vitesse, la coordination, la force et la souplesse. Et le président/encadrant pense ces 5 qualités comme indispensables à une bonne santé. De plus, enrichissant le staff technique, un ostéopathe a ici aussi été associé. Le second club d'athlétisme situé sur notre terrain qu'enquête est lui aussi particulièrement engagé sur le domaine de la santé et attache beaucoup d'importance au bien-être sportif, physique et mental de ses licenciés. Par conséquent, le club a également renforcé et amélioré son staff technique en accueillant un réflexologue-relaxologue et un ostéopathe. Il est de plus persuadé que l'aspect « santé/loisir » est possible par la pratique d'un sport.

Pour le CAF MLV (Club Alpin de Noisiel) dont le président travaille dans le domaine de la santé et des personnes âgées pense simplement que son association agit évidemment pour un vieillissement en santé pour la simple et bonne raison que quel que soit l'âge, la pratique physique est un déterminant en santé. Et l'USR Tai Chi de Roissy-en-Brie s'inscrit également dans cette optique. La mise en mouvement physique, mentale et sociale des seniors que permet le Tai Chi de manière précise, mais les APA de manière générale, agissent *de facto* de manière bénéfique sur la santé des pratiquants.

Alors que le club de Rando Marche Breuillet pense ne pas être acteur d'un vieillissement en santé. Il juge effectivement que la marche ne constitue pas une activité physique suffisante pour agir de manière bénéfique et significative sur la santé de ses seniors pratiquants. Alors qu'il propose des sorties de 17 kms, il pense que « *la seule chose peut-être bénéfique c'est que ça fait baisser la tension, Mais sinon au rythme auquel on marche, ça ne peut pas faire grand effet...* ». Ce personnage, grand réfractaire des notions de bien vieillir, sport senior, vieillissement en santé, APA, etc., refuse tout simplement de penser son intervention comme agissant pour un vieillissement en santé, bien que les études aient démontré que la marche à allure modérée était bénéfique sur la santé des sujets et ce à partir de 30 minutes, à raison de 5 fois par semaine ou l'équivalent de 2h30 hebdomadaire (Haskell et al., 2007). Volume horaire et intensité que propose pourtant l'association. La coordination de cette association avec le CCAS et le service des sports de sa commune et donc nulle car il refuse de s'inscrire dans cette ligne politique. C'est ainsi que cette association ne fait pas partie des opérateurs des actions proposées par le service des sports et le CCAS de manière conjointe lors de l'organisation de la Semaine Bleue (en octobre de chaque année).

4. Le monde sportif peu enclin à l'offre d'une pratique senior

Pour conclure, les clubs qui accueillent des seniors ne font pas légion et ceux qui construisent un projet spécifique leur étant dédié ou qui les placent au cœur de leur public cible sont anecdotiques. Ils ne semblent pas intéressés par la diversification du public, du moins, par l'ouverture aux seniors. Dans la grande majorité des cas, plus de 81,7 %, les associations ne font aucune action pour attirer ce type de public (334 clubs, sur 409 répondants). En revanche, 18,3 % des associations font effectivement quelque chose. 54 clubs proposent des actions sportives (rencontres, tournois, sorties en pleines natures, etc.), 31 font de la publicité et communiquent (Forums des sports et des associations, flyers, annuaire de la ville, magazine communal, séminaire, etc.) pour attirer ce public spécifique, 25 structures proposent des journées portes-ouvertes et des démonstrations, 27 clubs font des manifestations festives (repas, nouvel an, brocante, etc.), 9 ont des partenariats (EHPAD, commune, jeunesse et sports, associations diverses, etc.) et 5 proposent la gratuité ou des réductions pour le public de 60 ans ou plus.

Les dispositifs d'action des acteurs privés associatifs, tout en conservant leurs spécificités, tendent alors à être des composantes essentielles des politiques publiques. En effet, certaines associations sportives communales permettent de répondre en partie à la problématique d'un vieillissement en santé et ainsi offrir une pratique effective, bien qu'elles représentent une minorité.

Cependant, des dysfonctionnements, des désarticulations, apparaissent que ce soit au sein des services municipaux ou des associations sportives, et ceux-ci entachent considérablement le déploiement des modes d'interventions des opérateurs.

iii. Les dysfonctionnements au sein des articulations

Nous avons observé la fragmentation des dispositifs d'interventions due à la pluralité d'acteurs, chacun proposant des modèles d'actions divers et variés et plus ou moins investis dans l'offre d'une pratique physique aux seniors. De surcroît, des dysfonctionnements, liés à de multiples causes et engendrant bon nombre de conséquences, concourent également à cette fragmentation.

1. L'enjeu de la hiérarchisation des priorités politiques tributaires de « *l'ethos* » et des relations interpersonnelles

La première entrave au déploiement des offres de pratique physique et/ou sportive pour les seniors, dans un souci de vieillissement en santé, par des opérateurs de terrain au niveau communal est liée à la sensibilité des élus et directeurs de services pour d'autres thématiques. Les élus et les agents municipaux sont effectivement animés par un « *ethos* », si l'on considère l'*ethos* comme « *un ensemble de références intériorisées et parfois inconscientes qui inspirent la conduite des agents et qui sont le produit de leur situation dans un espace social, il semble possible de l'envisager comme moteur de disposition, de conduites et de pratiques sociales ainsi que d'attitudes et de points de vue.* ». C'est en ce sens que la politique décidée par les élus, et sa concrétisation par les agents, dépend étroitement des individus en charge des décisions.

Comme première illustration, l'élue aux seniors de Breuillet est également en charge du handicap, ainsi elle a la grande volonté d'agir pour le handicap, en priorité. De plus, son deuxième objectif est le développement des liens intergénérationnels. Pour cette thématique ce sont ses expériences personnelles qui ont teinté sa politique gérontologique. Ayant vécu en Polynésie Française, où la famille au complet vit ensemble sous un même toit (au minimum trois générations), elle est effectivement touchée par la société « *égoïste* » dans laquelle nous évoluons en France métropolitaine. En effet, la norme française n'octroie pas une place aux grands parents dans la maison familiale où vivent leurs enfants et petits enfants. L'élue oriente ainsi la majorité des actions du service communal vers cette thématique, en plus de la thématique du handicap qui était le grand projet de la mandature précédente, selon les volontés du maire. Alors, l'élue aux sports lui aussi met un point d'honneur à développer le sport adapté à différents handicaps (après

son cœur de cible qui est les rythmes scolaires) avant de créer des actions en faveur du sport adapté aux seniors. Il suit effectivement la mouvance politique inscrite au sein de l'équipe municipale à laquelle il appartient. Ainsi, des actions mêlant handicap et intergénérationnel sont organisées, comme par exemple l'organisation d'une dictée intergénérationnelle, la venue de sportifs handicapés dans les classes de primaire, l'organisation de journée où des sports adaptés au handicap font l'objet de démonstration, etc.

L'adjointe responsable du CCAS de Noisiel a quant à elle toujours travaillé dans le social. Ainsi, ses priorités sont les aides physiques et financières (portage de repas à domicile, APA, etc.). De plus, outre ces actions traditionnellement retrouvées au sein des CCAS, elle est particulièrement sensible au volet nutrition, bien plus qu'à celui de l'activité physique. Ainsi, l'alimentation fait l'objet de nombreuses actions à destination des seniors de la commune, justifiée par le fait que « *l'alimentation, c'est la chose qu'ils préfèrent...* » et que c'est bon pour « *prévenir l'ostéoporose et tout* ». L'alimentation est alors l'entrée privilégiée de cette commune pour jouer sur les habitudes de vies, sur les comportements des seniors, bien qu'elle reconnaisse que nombreuses sont les personnes âgées de la ville qui s'adonnent à la gym douce dispensée par le CCAS.

« L'activité physique pure et dure, non. Pourtant, je vous dis, on a je ne sais combien de personnes qui vont à la gym douce, mais c'est vrai qu'on ne s'est pas réellement penché sur le sujet... Non... » (extrait d'entretien, Annick Dellerba, Adjointe à la responsable du service Action Sociale, Responsable du secteur des personnes retraitées, 07/03/2014).

Concernant le service des sports de cette même commune (Noisiel), la politique décidée affiche clairement sa ligne exclusive et directrice, qui est la même pour la majorité des services des sports rencontrés : « *les plus jeunes et les scolaires* » (extrait d'entretien, Thibault Yvernault, Responsable du service des sports, Noisiel, 10/04/2014), bien que les directeurs de services ne voient pas d'inconvénients à s'ouvrir aux APA pour seniors au même titre que d'intervenir dans les EHPAD. Cette absence de sensibilité des élus au développement d'interventions permettant une pratique physique pour les seniors, a été relevée par l'un des deux présidents de clubs rencontrés, basés sur Noisiel, qui fait de surcroît partie du Syndicat d'Agglomération Nouvelle du Val Maubuée. Cette fonction lui confère une connaissance accrue des collectivités territoriales.

« Ils s'en foutent, je pense. (...) Mais, parce qu'après, dire "c'est bien", ok mais je pense qu'ils s'en foutent. On fait ce que l'on veut quoi, qu'on le fasse ou non, ils s'en fichent. Bon j'espère qu'ils vont comprendre notre politique POUR qu'ils nous soutiennent. Pour moi, c'est ça. Effectivement y'a la comm' mais qu'ils nous soutiennent dans nos actions... »
(extrait d'entretien, Benoît Ponton, Président et ancien entraîneur, MLV Athlétisme, Noisiel, 02/05/2014).

Le Président du Val d'Europe Oxygène (athlétisme à Magny-le-Hongre) ne s'arrête pas à sa commune d'implantation et dénonce effectivement que la Seine-et-Marne en général n'est pas sensibilisée à la thématique et qu'ainsi, elle n'agit pas en faveur de son développement se contentant d'ériger des EHPAD.

« Le sport santé, chez les seniors, en Seine-et-Marne, n'est pas suffisamment développé ! On ne s'occupe pas assez d'eux, on ne s'occupe pas assez d'eux... On a beau construire des maisons de retraites, pour les "parquer" excusez-moi du terme, mais c'est tout, tout simplement. » ;

« J'ai contacté le département pour mon projet de développement de l'association, et je n'ai reçu AUCUNE réponse. AUCUNE RÉPONSE ! Depuis un an et demi... Et les mairies c'est pareil hein... J'ai présenté le projet de l'association aux élus de Magny-le-Hongre, alors je ne sais pas, ils ont eu peur du projet ou quoi... mais aucun créneau, rien du tout... À Magny-le-Hongre, on ne peut pas dire que le sport senior soit développé ! » (extraits d'entretien, Karim Boudjemai, Head Coach et président de l'association, Val d'Europe Oxygène, Magny-le-Hongre, 21/02/2014).

La pratique physique pour seniors n'est effectivement pas développée à Magny-le-Hongre car la commune délègue aux associations et l'élue aux sports pense que l'aménagement urbain couplé à l'offre de service proposée par les associations sont suffisants. La directrice du service est quant à elle débordée et prise par d'autres priorités. Cependant, le souci de ce club d'athlétisme est peut-être simplement lié au fait de l'existence d'une « Charte des sports » pour le Val d'Europe qui stipule qu'un nouveau club doit rejoindre le club historique, limitant ainsi le saupoudrage des actions et la fragmentation de l'offre. Ici, c'est une problématique de gouvernance qui se dessine

et le président du Val d'Europe Oxygène ne l'entend pas de cette manière et veut, comme les élus municipaux d'ailleurs, déployer sa propre politique associative sans avoir à rejoindre un club avec qui il ne partage pas les mêmes idées, envies et priorités. Il pense ainsi qu'au travers de cette Charte, les communes lui font comprendre qu'il ne peut pas se développer, alors qu'il reçoit des demandes d'ouverture de créneaux de la part des licenciés, demandes auxquelles il ne peut pas répondre favorablement faute de créneaux offerts par la commune.

L'ethos, la sensibilité, les individualités qui prennent part à l'élaboration des politiques publiques font qu'en fonction des personnes, la hiérarchisation des priorités varie révélant un plus ou moins grand investissement dans la problématique d'un vieillissement en santé par une activité physique, quelle qu'elle soit.

Comme l'analyse Sibertin-Blanc (Sibertin-Blanc, 2008), les collaborations autour d'un projet se constituent prioritairement autour de la volonté et de la bonne entente entre des individus, bien plus facilement qu'à partir de strictes logiques institutionnelles. Cette auteure appuie même que la volonté politique, de quelques élus ou d'un seul adjoint parfois, est essentielle. Cette sensibilisation d'élus ou autres acteurs contribue de surcroît à favoriser la présence de professionnels qui accompagnent la formulation des objectifs politiques communaux et, surtout, elle peut apporter des réponses sous formes d'actions et de financements. Ainsi, au sein du service des personnes âgées de la commune de Noisiel, deux actions sportives en faveur des seniors avaient été menées. Malheureusement, les deux fois, les animatrices sont parties et les actions se sont brutalement arrêtées. Ce mode d'intervention était tributaire d'une relation personnelle entre des animatrices et l'adjointe responsable, ce qui n'a pas permis la poursuite du modèle car celui-ci était attaché personnellement aux opérateurs qui portaient l'action et non pas à l'action elle-même.

Concernant l'association Marche Rando Breuillet, c'est dans un autre domaine que les ententes personnelles interviennent. En effet, ce président et encadrant n'aime pas beaucoup s'investir pour une commune qui ne lui rend pas la pareille. Ainsi, invité pour présenter son association à « La journée de la marche », il n'y a pas été. Il a également refusé « *d'aller voir* » le CCAS, bien qu'il ait accepté une rencontre à la mairie (« *Si vous voulez que l'on se rencontre à la mairie, pas de problème mais moi, je ne viens pas vous voir.* », extrait d'entretien, André Dupont, Président

et encadrant, Marche Rando Breuillet, 28/02/2014). Il estime effectivement que ce n'est pas à lui de faire les démarches mais aux acteurs municipaux s'ils veulent développer cette activité sur la commune. En revanche, il n'est pas contre les aider en fonction de leurs besoins.

« Il m'a revu une fois au forum et m'a redit "Ah, c'est bien une association de marche, on attend ça depuis longtemps à Breuillet, est-ce que vous pouvez venir nous voir ?", alors j'ai dit non... J'ai dit "Dites-moi ce que vous voulez et en fonction de ça, je verrai ce que je peux faire". Donc, voilà, je ne vois personne » (extrait d'entretien, André Dupont, Président et encadrant, Marche Rando Breuillet, 28/02/2014).

Il estime également que la commune aurait pu le solliciter à de nombreuses reprises, comme pour l'élaboration du guide de randonnée pédestre qui a été distribué aux administrés.

« Ils ont aménagé les sentes autour de Breuillet. Ils ont fait un bouquin là-dessus. Ils ne m'ont même pas parlé ! Ou dis "Tiens, on a besoin de vous". Alors qu'on les utilise tous les jours ! Qu'on ne me sollicite pas, à la limite, c'est leur problème. Mais qu'on ne me dise pas "Tiens, ça vous intéresse de tester les chemins ? Est-ce que vous pouvez dire si c'est bien ou pas bien ?"... Mais non. En tout cas, j'aimerais bien connaître le mec qui l'a fait parce qu'il y a un chemin qui est impraticable ! » (extrait d'entretien, André Dupont, Président et encadrant, Marche Rando Breuillet, 28/02/2014).

De plus, un gros différent avec le service des sports a fait que les contacts ont été définitivement rompus. Il est clair que ce président de club a été blessé à plusieurs reprises, à cause de plusieurs faits commis par les différents services de la commune les années passées et que depuis, il ne veut plus aucun contact avec les élus municipaux, qu'il pense d'ailleurs uniquement et exclusivement orientés vers la thématique du handicap.

Un conflit de personne s'érige comme frein. Mais surtout, celui-ci impacte lourdement la coordination entre les acteurs. Ainsi, leur coordination autour d'un dispositif unique n'est pas envisageable. Ainsi les modèles d'interventions de ces opérateurs restent cantonnés à leur sphère respective d'action.

Un autre type de dysfonctionnement mettant en jeu la personnalité des opérateurs a été relevé à Noisiel. En effet, l'adjointe responsable du CCAS a fait une tentative de coordination avec le service des sports en vain, à cause de la personnalité de l'éducateur sportif qui n'était pas adaptée à l'encadrement de seniors. Le CCAS conjointement au service des sports, ont en effet eu l'idée de mutualiser leurs actions et proposé qu'un ETAPS de la ville dispense une activité de marche douce aux seniors. Le projet a été lancé, l'éducateur sportif a fait connaissance avec les retraités, et plusieurs circuits ont été définis. Seulement, une fois l'activité effective, les gens étaient de moins en moins nombreux parce que l'échange interpersonnel avec l'ETAPS n'a pas eu lieu.

« Il était là, mais il n'avait pas du tout l'habitude des personnes âgées, il n'avait pas de conversation, il ne parlait pas... Enfin, je ne sais pas mais c'est un TOUT pour les attirer ! Donc ça n'a pas trop fonctionné... C'était un jeune, très grand, très sportif, très sympa mais très timide, il ne savait pas comment s'y prendre... Y'a une élue qui a été à un moment donné et nous a dit "mais il ne parle pas, etc., il leur fait faire toujours le même truc !", à un moment donné on lui avait proposé de faire d'autres choses, dans d'autres lieux, je lui avais dit que le car pouvait les déplacer pour aller marcher dans des endroits sympas, pour changer, pour faire un tout quoi... Mais il n'était pas motivé pour... Donc bon... » (extrait d'entretien, Annick Dellerba, Adjointe à la responsable du service Action Sociale, Responsable du secteur des personnes retraitées, 07/03/2014).

Cette activité aurait pu cristalliser une coordination originale entre un CCAS et le service des sports d'une même ville, car nous n'en avons jamais rencontrée au sein des communes enquêtées. Malheureusement, le recrutement non adapté de l'ETAPS a réduit ce mode d'intervention à une simple tentative de coordination. Le problème de compétence peut être soulevé sur ce cas, mais il semblerait plus que cela soit de l'ordre de la personnalité de l'encadrant. Cependant, nous avons vu que cette commune fait intervenir une éducatrice sportive au sein du CCAS, et celle-ci est spécialisée en APA. Il semblerait alors qu'outre la personnalité de l'encadrant, la spécificité qu'engendre la détention d'un tel diplôme soit une condition *sine qua non* de l'adaptation des interventions aux publics seniors.

Les personnalités des élus, des acteurs du monde sportif ou encore les relations personnelles sont autant de facteurs qui entrent en jeu lors de la formulation et de la concrétisation de modes

d'interventions, mais les contraintes budgétaires constituent également un élément fort de celle-ci.

2. Les priorités de dépenses

Le service des sports de Breuillet (autant son élu que son directeur) souhaite vivement qu'un ETAPS puisse être embauché par la ville. Seulement, les contraintes budgétaires font que les priorités du maire se sont orientés au profit d'autres projets. Cet ETAPS permettrait pourtant de créer des actions en faveur d'une pratique physique senior. En effet, le service des sports souhaiterait mettre en place une action sportive tous les deux mois, en semaine avec à chaque action la présentation d'un sport. Ainsi 6 sports seraient découverts et proposés à la pratique. En plus de cette action, qui pourrait être qualifiée d'école multisports municipale pour seniors, ou plus modestement de découvertes sportives pour seniors, le service aimerait pouvoir proposer des activités pérennes comme « *le deuxième jeudi de chaque mois* » avec une activité spécifique. Lié aujourd'hui aux contraintes budgétaires, l'élu pense tout de même que la mairie devra un jour ou l'autre se doter d'un tel employé car il pourra également servir le sport scolaire.

« C'est un choix. Ça a été un choix politique... Même si moi, j'ai essayé d'œuvrer pour obtenir cet éducateur sportif, je pense que de toute façon on ne pourra pas y couper et l'avantage de la circulaire sur la réforme des rythmes scolaires, va peut-être m'y aider... » (extrait d'entretien, Jean-Fabrice Gusthiot, Élu aux sports, Breuillet, 28/02/2014).

Le directeur du service pense également qu'un ETAPS pourra assurer une pratique sportive à plusieurs types de public. Il souhaiterait effectivement le faire intervenir sur les enfants, les structures enfance-jeunesse, les activités périscolaires, les seniors, le parcours santé, etc. Mais l'argent constituant une fois n'est pas coutume le nerf de la guerre, les choix politiques ne sont pour le moment pas orientés vers ce projet.

3. Les spécificités de la commune

Une autre entrave peut se dessiner et freiner, ou complètement entraver, l'offre de service. Cette entrave est totalement indépendante des aspects politiques, des personnalités des acteurs ou encore des budgets communaux. En effet, parfois, c'est la spécificité même de la commune qui ne permet pas l'orientation principale des actions vers le sport senior. La commune se doit d'agir et répondre en priorité à la demande la plus forte de la population, pour pouvoir ensuite déplacer l'attention vers les priorités secondaires.

Ainsi, la commune de Magny-le-Hongre, étant une ville nouvelle directement liée à la création de Disney Land Paris¹⁴⁹, fait face à une population majoritairement jeune. Ainsi, même si elle met en place des actions à destination des seniors, il n'y aura que très peu de bénéficiaires. Pour exemple, le CCAS a mis en place le service de portage de repas à domicile. Celui-ci ne concerne que 4 seniors sur l'ensemble de la commune. Bien que la volonté soit de garder ce service, il ne touche objectivement pas suffisamment de personnes pour être conséquent. Concernant la pratique sportive, le CCAS a dû refuser une collaboration avec une ville voisine par manque d'effectif. En effet, une tentative de coordination a été entreprise entre Magny-le-Hongre et Coupvray, les deux communes souhaitant mutualiser les activités proposées par un éducateur sportif à destination des seniors. Malheureusement, Magny-le-Hongre n'a pas pu honorer cette coordination car elle ne répondait pas aux exigences des effectifs, et n'y répond toujours pas (rappelons que Magny-le-Hongre n'a que 95 seniors, sur l'ensemble de la population communale). Ainsi, le service des sports de cette commune répond à une unique demande et priorité : s'occuper des enfants car le vivier le plus important est là. Les missions du service des sports se cantonnent exclusivement aux enfants de la maternelle jusqu'au CM2, tout le panel de tranches de vie restant n'est donc pas couvert par le service communal.

¹⁴⁹ En effet, l'augmentation brutale du nombre d'habitants est directement corrélée avec la date d'ouverture du parc, en 1992.

Année	1982	1990	1999	2004	2008	2009
Habitants	264	331	1791	3720	5329	5500

« Non, pas du tout [proposer des actions pour les seniors], nous c'est juste ciblé enfant. Pour l'instant il n'y a rien de fait sur la commune... On va des maternelles jusqu'au CM2. La priorité c'est de développer l'EMS¹⁵⁰. Mes missions s'arrêtent là, pour le moment. »
(extrait d'entretien, Benoit Quarré, ETAPS et responsable de la branche des sports, Magny-le-Hongre, 04/03/2014).

Bussy-Saint-Georges fait face au même phénomène : la commune est jeune, ce qui constitue une limite dans notre travail d'enquête¹⁵¹. Les orientations du service des sports sont les mêmes que celles de Magny-le-Hongre et ce pour les mêmes raisons : la commune se doit d'assurer ces missions et répondre en priorité aux demandes du public majoritaire. Bien que la directrice du service admette que cette focalisation sur la population qui grandit rétrécit leur champ d'intervention et que cela se fait au détriment des seniors. Ainsi, malgré le fait qu'actuellement l'unique cœur de cible soit la population jeune, la directrice du service souhaite *« sortir de notre quotidien »* pour proposer quelque chose pour les seniors, sans avoir la prétention de se substituer aux associations mais bien dans l'intention d'agir en complémentarité. L'élue aux sports qui pensait que le club des Aînés remplissait ces missions n'ayant pas été réélue, la directrice va pouvoir proposer ce projet à la nouvelle équipe municipale.

La hiérarchisation des priorités oriente inévitablement la priorité des dépenses et donc le part budgétaires allouées, laissant pour compte le développement de dispositifs d'action pour la pratique physique des seniors.

¹⁵⁰ L'école municipale des sports.

¹⁵¹ Cependant, suite à nos échanges, le service des sports a effectivement été sensibilisée à la pratique physique des seniors. De surcroît, celui-ci a fait intervenir deux étudiants de l'UPEM en stage pour organiser un évènement sportif pour les seniors.

4. L'absence de coordination au sein de domaines de compétences distincts

Parfois, des dysfonctionnements apparaissent à cause des domaines de compétences attribués aux uns et aux autres, les fonctionnements en vases clos n'aidant pas la coordination. Et c'est le cas lorsque l'on s'intéresse aux EHPAD. Pour accueillir des personnes âgées dépendantes et être financés par le Conseil Départemental et l'État, les EHPAD doivent signer une convention tripartite de 5 ans (avec le département et l'État) qui les obligent à respecter un cahier des charges et à avoir une démarche qualité, ce qui devrait assurer aux personnes âgées un accueil dans les meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de confort. Appelés communément « *maisons de retraites médicalisées* », ils offrent, dans certains cas des activités permettant de prévenir les effets du vieillissement, de freiner la maladie (Alzheimer par exemple) et de maintenir les liens sociaux. Les EHPAD peuvent alors proposer diverses activités qu'elles soient culturelles, sportives, de loisirs ou encore physiques. Mais les EHPAD sont des structures au sein desquelles il est complexe de faire intervenir un opérateur lorsqu'il n'est pas identifié comme étant rattaché au domaine de compétence sanitaire. Ainsi, nombreux sont les acteurs du monde sportif désireux de faire des séances d'APA ou d'APAS au sein des structures qui trouvent portes closes. Arriver à percer la bulle du monde médicalisé, voire surmédicalisé ici, devient un défi pour les opérateurs sportifs et même pour ceux qui sont identifiés comme proposant du sport adapté.

Le premier acteur à livrer ce discours est une salariée du Comité Départemental de la FFEPGV en Seine-et-Marne (extrait d'entretien, Brigitte Bossion, salariée du CODEP – EPGV –, 10/07/2014). Elle juge difficile de rentrer en contact avec les EHPAD parce que le financement est complexe à mettre en place pour rémunérer les éducateurs qui interviendraient et parce que cela est intimement lié au domaine au sein duquel le directeur de l'établissement veut injecter des fonds. Et la majorité du temps les acteurs du monde sportif se retrouvent face aux sensibilités des directeurs d'établissements qui sont bien plus axées sur les domaines médicaux que sportifs. Ce fait peut surprendre, et surprend d'ailleurs, dans la mesure où la pratique physique est un déterminant en santé et que ces résultats ont été démontrés par la sphère médicale elle-même comme nous avons pu le voir. La responsable formation chez ADAL, explique ce manque de sensibilité à la pratique physique des résidents par le fait que la majorité des directeurs d'établissement en EHPAD sont des administratifs et de fait ont une « *méconnaissance totale de*

l'outil ». En outre, cette méconnaissance hypothèque le déploiement des actions et rend plus complexe leur mise en place. Ainsi, cela devient un « *problème* » (extrait d'entretien, Christine Cardin, Responsable formation ADAL, 22 janvier 2015). Le fondateur de Siel Bleu relève lui aussi des expériences négatives avec les EHPAD, sensiblement pour les mêmes raisons :

« On s'est fait mettre à la porte de toutes les structures qui pouvaient exister parce que c'était louche que des jeunes s'occupent de personnes à la retraite. Les directrices et directeurs d'établissement pensaient que pour des gens dont la moyenne d'âge est de 85-87 ans, ça servait à rien de proposer une nouvelle forme d'accompagnement santé. »
(extrait d'entretien, Jean-Michel Ricard, Fondateur de Siel Bleu, 02/12/2014).

C'est pourquoi le directeur du service des sports de Breuillet pense que c'est bien une question de personne, une question de personnalité du chef d'établissement qui sera sensible, ou non, à ces thématiques. Permettant, ou non, l'entrée de ces opérateurs dans l'établissement et de surcroît permettant, ou non, le financement de ces actions.

Nous retrouvons également ces constats au sein du bilan des actions mises en place dans le cadre des plans régionaux sport santé bien-être en 2014. Est effectivement relevé que « *les activités physiques et sportives ne sont pas toujours perçues comme une priorité dans certains établissements spécialisés, notamment parce que leurs bienfaits sont méconnus ou encore par manque de moyens* » (p. 12). Comme révélées par les acteurs sportifs et issus du sport adapté, deux raisons à la difficile entrée dans les structures se dressent à leur rencontre : la méconnaissance et les contraintes budgétaires. Les domaines de compétences ne permettent donc que rarement le mélange entre acteurs du monde de la santé et du sport.

Cependant toujours lié aux domaines de compétences distincts un autre dysfonctionnement apparaît, au sein d'un même champ professionnel : l'action sociale. Pour illustrer cet exemple ce n'est pas donc le milieu professionnel mais le lieu d'exercice qui trouble les domaines de compétences et impacte négativement l'offre de pratique. Les opérateurs de terrain ne savent pas toujours qui est finalement responsable de la pratique physique à destination des administrés seniors. Ainsi, le CCAS de Magny-le-Hongre est persuadé que c'est au Centre Social Intercommunal (CSI) que revient le pôle animation et que la pratique physique fait partie de ce pôle, ainsi il pense que cette compétence revient de droit au CSI. Alors il se décharge sur celui-ci

quant à l'organisation d'APA pour les seniors de sa propre commune. Or, ce même CSI renvoie la compétence à la commune : « *Le CSI n'a pas vocation directe à mettre en œuvre des activités sportives pour les retraités. À ce jour, c'est une compétence communale.* » (extrait d'entretien, Emmanuel You, Directeur Centre Social Intercommunal du Val d'Europe, 10/04/2014.). Il arrive ainsi qu'au sein d'un même champ professionnel (ici l'action sociale) les domaines de compétences ne soient pas clairs et défavorisent l'action.

En outre, ces différents domaines de compétence peuvent également faire intervenir le jeu de la concurrence entre les opérateurs de terrain.

5. Le phénomène du jeu de la concurrence

La première concurrence qui impacte le déploiement des modes d'interventions en faveur d'une pratique physique pour seniors se situe entre les associations sportives elles-mêmes. C'est ainsi qu'à Saint-Chéron (91), une bénévole a été contrainte d'arrêter sa pratique car Siel Bleu s'est positionné sur le projet de donner des cours de gym douce en démontrant des compétences et un savoir-faire plus important (la bénévole de l'autre association n'avait pas de diplôme pour l'encadrement d'une APA/APAS). Nous pouvons nous demander si cette substitution n'améliore tout simplement pas le service rendu ? Quoi qu'il en soit, le jeu de la concurrence pousse à la professionnalisation des actions et à la certification des encadrants, ce qui a *a priori* améliore les dispositifs.

Le président de Val d'Europe Oxygène (athlétisme à Magny-le-Hongre) dénonce également ce jeu de concurrence entre associations sportives. Il pense que d'autres clubs (en particulier à Bussy-Saint-Georges ou Lagny) ont créé des cours de marche nordique pour seniors simplement pour concurrencer l'offre que son association propose effectivement.

Bien que ce fait ne soit pas propre aux AP pour seniors, la concurrence peut également se jouer entre une association sportive et un service municipal, s'opère alors un chevauchement dans l'action publique. Des problèmes de concurrence des prestataires voient le jour et diverses conséquences en résultent. Certaines communes voient effectivement d'un mauvais œil l'implantation ou bien le développement de certains clubs proposant des activités physiques aux seniors de la commune car ces opérateurs, en se positionnant sur cette offre de service, ouvrent

effectivement le champ de la concurrence. CCAS, clubs des aînés ou encore services des sports peuvent alors craindre pour leurs propres modes d'interventions et user de divers moyens pour freiner ou bloquer ces opérateurs issus du monde du sport ou du sport adapté. C'est le cas à Roissy-en-Brie où l'USR, forte de ses 16 sections sur 23 clubs communaux au total, représente un « danger » pour la municipalité. Bien que d'autres enjeux soient ici cristallisés, la commune leur a alors demandé d'être transformé en « Office Municipal des Sports », ce qu'a refusé l'Union Sportive craignant le licenciement de ses employés (au nombre de 19 au sein de l'association) lors de la restructuration.

C'est également le cas pour le Comité Départemental de la Retraite Sportive du 77 qui souhaiterait s'implanter au sein de la ville de Coulommiers, en vain pour cause de concurrence d'avec les modes d'interventions proposés par les services municipaux ; surtout lorsque ceux-ci sont inexistant car cela intensifie la mise en lumière de leur inaction.

« J'ai un exemple dans une grosse commune, du Nord Est du Département, on a vu le député maire et il nous a dit "Non, non, moi, je n'ai pas besoin de vous... On a tout ce qu'il faut chez nous... Ce n'est pas la peine de venir...", " Bon, ben merci monsieur le député maire..." » ;

« On a eu des touches, sur Coulommiers... Bon, ben là c'est pareil ! Il faut que les élus locaux soient... Parce que souvent, on fait de l'ombre aux communes ! (...) Elles ont toutes des CCAS... » (extraits d'entretien, Christian Barthe, Président du CODERS 77, 16/06/2014).

Parce qu'ils sont perçus comme « *faisant de l'ombre* » aux clubs des aînés ou aux CCAS d'ores et déjà implantés sur le territoire (extrait d'entretien, Christian Barthe, CODERS 77, 16/06/2014), les opérateurs privés associatifs peuvent être mis à l'écart des politiques vieillesse communales. Alors toutes sortes de conséquences voient le jour. Pour premier cas de figure rencontré, la commune refuse des prêts d'équipements sportifs ce qui freine inévitablement le développement et le bon fonctionnement de l'association concernée. Cet exemple est tiré du cas de l'USR Tai Chi qui ne peut pas développer son offre de service destinée aux seniors parce que la mairie refuse de mettre à disposition des salles de pratique, malgré les demandes reformulées chaque année. La section Tai Chi dispose d'un préau d'école le lundi soir de 19h à 20h30 (même en plein

hiver) et d'une salle communale le mardi soir également. Ils aimeraient pouvoir ouvrir des créneaux l'après-midi, comme leur ont demandé de nombreux seniors de la ville. Alors chaque année, l'association renouvèle ses sollicitations pour obtenir des créneaux horaires, pour se développer et par là même répondre à la demande des administrés.

« Ce n'est pas facile... Par ce que pour trouver une salle un dimanche... Il y a une forme de... comment dire... on n'a pas assez d'ouverture de salle le dimanche quoi. Après, comme je dis toujours, pour le Tai Chi, je n'ai pas besoin d'un gymnase ! Une simple salle suffit. S'ils pouvaient nous donner une salle... À côté des gymnases il y a souvent des salles. À Roissy, il y a des extensions au gymnase, juste des salles, bon je ne dis pas que cela ne coûte rien hein ! Mais nous, ça nous suffirait ! » ;

« Voilà, on a le préau de l'école, on nous l'a donné, c'est bien hein ! Mais il y a des poteaux qui nous gênent... Parce que l'on fait du sabre et tout ça aussi... » (extraits d'entretien, Jean Adamkiewicz, Président de la section Tai Chi Chuan et Vice Président de l'USR Roissy-en-Brie, 06/03/2014).

Il semblerait que le jeu de la concurrence entre la mairie de Roissy-en-Brie et cette association soit telle que la mairie freine consciemment son développement. Le refus d'ouverture de créneaux est souvent légitimé par le fait que l'association demandeuse n'est pas assez conséquente. Or, dans ce cas précis, c'est la plus grosse association de la commune (16 sections et plus de 1 500 adhérents) qui est concernée par le refus de prêts d'équipements municipaux supplémentaires. En outre, lors du forum des associations, la section Tai Chi a été malmenée.

« L'année dernière je suis allé à la fête des sports, je vais vous donner un exemple. Je suis allé à toutes les réunions, bon, j'ai donné notre avis, on n'en a pas tenu compte, ce n'est pas grave [l'air désabusé et fatigué], le jour même, j'arrive, on me donne une belle affiche "Tai Chi Chuan", c'est bien. Je demande où je suis et on me dit (...) "Ben ! Tu n'as pas demandé de table !". Vous voyez... Mais j'avoue que, dès fois je disais à ma femme, que j'avais envie de tout lâcher... [l'air triste, touché et blessé] » (extrait d'entretien, Jean Adamkiewicz, Président de la section Tai Chi Chuan et Vice Président de l'USR Roissy-en-Brie, 06/03/2014).

Cette concurrence aux offres de services mises en place par les municipalités a aussi été pointée du doigt par la salariée du Comité Départemental de la FFEPGV en Seine-et-Marne (extrait d'entretien, Brigitte Bossion, salariée du CODEP – EPGV –, 10/07/2014) qui relève le problème du manque de salle pour correctement se développer et travailler en territoire, phénomène non nécessairement spécifique aux pratiques seniors mais tout de même relevé comme entrave par ces opérateurs.

Les déconvenues avec les mairies font que nombreux sont les acteurs du monde sportif enquêtés à ne plus compter sur celles-ci, mis à part pour les équipements sportifs dont ils ont cruellement besoin. Ainsi une bonne partie (Marche Rando Breuillet, Val d'Europe Oxygène, CAF MLV et MLVA) ne demande plus de soutien financier direct, qui était caractérisé par les subventions communales allouées au sport. Ces associations demandent effectivement dorénavant du soutien ; du soutien pour permettre *a minima* la pérennisation de leurs modes d'interventions et *a maxima* le développement de ceux-ci.

« Moi je viens les [les communes] voir pour un accompagnement... Quel qu'il soit, ça peut être de la communication mais parfois c'est d'autres choses. Nous ce que l'on veut c'est être soutenu. On a des projets, on veut être soutenu dans nos projets ! C'est assez novateur comme discours car les clubs veulent toujours de l'argent (rires). Nous, on est capable, à terme, d'être totalement autonome financièrement car on va développer notre section Sport Santé, parce que l'on va aller chercher du sponsoring, dans un but de créer des emplois POUR ce programme. » (extrait d'entretien, Benoît Ponton, Président et ancien entraîneur, MLV Athlétisme, Noisiel, 02/05/2014).

En conséquence, les projets associatifs en général rencontrent peu les projets politiques municipaux. En effet, via nos enquêtes qualitatives, deux communes parviennent à nouer les deux. L'une d'elle pour un événement ponctuel annuel et l'autre à l'année. Ainsi, les partenariats noués avec des acteurs privés non associatifs deviennent les nouvelles formes de soutien financier direct rencontrées comme c'est le cas pour les associations Art'men (Tai Chi à Noisiel), MLVA (athlétisme à Noisiel), Val d'Europe Oxygène (athlétisme à Magny-le-Hongre) et l'USR Tai Chi de Roissy-en-Brie. Toutes démarchent effectivement des entreprises pour les soutenir dans leurs projets et elles y parviennent. Nous retrouvons à nouveau les acteurs privés commerciaux. Ceux-

ci ont alors un intérêt certain, ne serait-ce qu'en terme d'image, à soutenir ce genre d'associations sportives. Les entreprises sont contactées que se soit pour dispenser des cours d'APA à leurs salariés, pour permettre l'impression du magazine de l'association, afin d'obtenir des lots lors de l'organisation d'évènements ou encore pour équiper les seniors pratiquants.

iv. Conclusion de la sous-partie : les acteurs sociaux au cœur de l'offre de service

Pour conclure cette sous-partie, les services municipaux, que ce soit les CCAS ou les services des sports, proposent trois dispositifs résultant de trois modes d'interventions différents : la délégation, l'aménagement des espaces urbains et l'offre directe d'APA. Certaines associations sportives proposent une pratique effective aux seniors et lorsque c'est le cas, elles proposent des APS, APA et APAS. Ainsi chaque acteur communal se saisit de la problématique avec un degré d'implication plus ou moins fort en fonction des priorités politiques, budgétaires, de la hiérarchisation des missions ou encore de l'ethos et des relations interpersonnelles.

Les CCAS proposent bien plus volontiers de l'APA que de l'AP, et encore moins des APS. Nous pourrions avancer que cela s'explique par le fait que leur champ de compétence ne se situe pas dans la sphère sportive, or nous verrons qu'un service des sports propose lui aussi des APA et non pas des APS, alors que le sport a proprement parlé est son cœur de métier. Outre cet unique cas d'un service des sports qui dispense une offre directe d'APA pour les seniors de la commune, les acteurs sociaux et sanitaires sont bel et bien les principaux acteurs d'un vieillissement en santé par les APA et les APAS.

Des dispositifs sont mis en place que ce soit par les acteurs privés associatifs ou publics (services des sports et CCAS) et ceux-ci fonctionnent car au sein de chaque commune enquêtée, au moins l'un des acteurs cités propose un mode d'intervention permettant la mise en mouvement au minimum, ou la pratique physique, voire sportive, au maximum, des seniors de la ville. Cependant ces fonctionnements sont autocentrés et deviennent par essence les révélateurs d'une fragmentation certaine de l'offre. Celle-ci demeure un problème car elle se mute en véritable frein au développement, voire à la pérennisation des actions. L'étude menée fait donc apparaître

des disparités que ce soit au niveau des acteurs ou des modes d'interventions mais aussi des dysfonctionnements. De plus, cette combinaison de dispositifs variés, ce patchwork qui s'offre aux seniors rend plus complexe la visibilité sur ce qui est fait et vers qui/quoi se tourner lorsque la personne souhaite pratiquer une APS/APA/APAS pour préserver, construire ou reconstruire son capital santé. Pour que la pluralité ne soit pas uniquement signe de quantité mais aussi de qualité, elle peut mettre en jeu les notions que sous-tend la coordination effective. Ainsi la pluralité d'acteurs peut être gage de réussite pour un dispositif et un mode d'intervention. En effet, nous mettrons au jour dans la sous-partie suivante deux dispositifs qui ont fait de la pluralité une qualité, grâce à un système de coordination efficient que ce soit au sein d'un même service ou au sein de deux services municipaux différents en plus du concours des associations sportives de la ville. Ces dispositifs d'actions permettent de mettre en lumière toute la richesse qui peut être rencontrée au niveau communal pour agir en faveur d'un vieillissement en santé.

- c. La richesse communale : une coordination révélée par la mise en œuvre effective de dispositifs originaux
 - i. Lorsqu'un service des sports se coordonne avec un CCAS et des associations sportives de la ville dans un même but : la rencontre et la mise en mouvement des seniors, l'exemple de Breuillet

Le service des sports de Breuillet via une coordination effective entre les deux services concernés (sports et CCAS), organise autour de la Semaine Bleue (semaine annuelle dédiée aux personnes âgées qui a lieu au mois d'octobre) une randonnée pédestre sur les sentes réaménagées de la commune et un tournoi de pétanque.

Ces différentes actions lient le service des sports, le CCAS ainsi que certaines associations sportives de la ville. C'est le seul exemple d'une telle coordination rencontrée lors de notre enquête. Cependant, nous pouvions prédire que la coordination entre les services n'était pas un problème pour cette commune dans la mesure où lors de notre approche, l'élue aux seniors nous a proposé de la rencontrer accompagnée du directeur du service des sports. D'emblée, les services

semblaient liés et ils le sont effectivement que ce soit au sein de leur discours, dans leur ligne politique ou dans leurs dispositifs. Outre leurs discours lors de nos entretiens, les actions autour de la Semaine Bleue nous le confirment. Bien que leur coordination soit pleine et entière toute l'année sur d'autres thématiques, comme le handicap, elle a la mérite d'exister pour les AP en direction des seniors au moins une fois par an.

La randonnée pédestre en question est encadrée par un animateur, lui-même senior, membre d'une association de marche nordique de la ville, qui n'a absolument rien à voir avec le club interrogé (Rando Marche Breuillet). L'activité est également organisée par ce senior, conjointement avec les services municipaux, qui se trouve être également membre du Conseil Municipal des Seniors. Ainsi, lorsqu'il a entendu en Conseil des Seniors que les sentes avaient été réhabilitées, il a été amené à se montrer très intéressé pour pouvoir proposer un parcours accessible à tous suivant un plan défini et ce pour la Semaine Bleue.

« Créer un parcours qui soit quand même acceptable à tous [accessible pour tous]. Quand on a fait le parcours, une senior avait 82 ans quand même ! (...) quand on parlait des sentes, c'est quelque chose qui l'intéressait beaucoup et il s'est proposé et c'est lui qui nous a préparé un plan avec le temps à peu près, le lieu de départ, etc., etc. Et cela rencontre un vif succès, c'est vrai. » (extrait d'entretien, Danielle Ista, Éluë aux seniors, Breuillet, 04/02/2014).

Autour de cette activité physique, d'une quinzaine de kilomètres, se cristallise l'unique mode d'intervention qui parvient à coordonner, lier et nouer les trois acteurs phares qui peuvent s'inscrire dans la prévention d'un vieillissement en santé au niveau communal. Le seul bémol est que celle-ci soit ponctuelle, à fréquence annuelle. La commune de Breuillet semble réellement répondre à la volonté de coordonner tous les services municipaux, chacun d'entre eux étant mobilisés sur le maximum de dossiers montés. Le thème du handicap ayant été le gros projet de la dernière mandature, autour de cette thématique chaque service a effectivement pu travailler en étroite collaboration pour faire émerger des actions sur la commune. Pour exemple de la collaboration entre de multiples services municipaux, l'activité physique de randonnée pédestre proposée lors de la Semaine Bleue est possible car les sentes ont été réaménagées et ce via des contrats de réinsertion. Ainsi, plusieurs services ont été opérateurs de ce mode d'intervention.

Cette coordination est effective car « *il ne faut pas se voiler face, c'est très important aussi* » les divers services, élus et directeurs nouent des relations personnelles bénéfiques ce qui favorisent incontestablement « *les bonnes interaction et les bonnes dynamiques* » (extraits d'entretien, Hervé Bouteiller, Directeur des sports, Breuillet, 04/02/2014). La politique gérontologique de Breuillet tient en trois mots : « *rassembler, réunir et créer des liens* » (extrait d'entretien, Danielle Ista, Élué aux seniors, Breuillet, 04/02/2014.). Nous pourrions aller plus loin en affirmant que ces termes définissent plus largement la politique générale et les actions de la commune.

La réussite politique de cette commune tient à la conséquence qu'engendre une démarche de collaboration généralisée entre tous les services, associant en plus les clubs sportifs de la ville sur des évènements.

La coordination de trois acteurs à la fois publics et privés est assez anecdotique pour être relevée et mise en lumière. Le service des sports assure la logistique des deux actions sportives, le services des seniors est porteur de l'évènement car elles s'inscrivent dans le cadre de la Semaine Bleue et les deux associations sportives implantées sur le territoire assurent la pratique et l'encadrement.

C'est l'unique exemple où se cristallise la rencontre entre le projet politique municipal et le projet associatif, révélateur d'une articulation efficace.

Un second mode d'intervention original a été relevé, au sein de la commune Roissy-en-Brie, bien que celui-ci ne mette aucune coordination en jeu que nous portions pourtant comme condition *sine qua non* de réussite, il est original par son essence même. C'est le seul exemple d'un tel mode d'intervention.

- ii. Lorsqu'un service des sports innove : offre directe d'APS et APA, l'exemple de l'école des sports de Roissy-en-Brie

Un autre mode d'intervention tout à fait original est retrouvé au sein du service des sports de Roissy-en-Brie ¹⁵². Ce service a effectivement créé une école municipale multisports exclusivement déployée pour les seniors. Au même titre qu'il existe de nombreuses écoles municipales multisports pour enfants, Roissy-en-Brie a créé la sienne pour les retraités de la ville. Cette école connue sous le nom de « Sport Loisirs » (SL) a été créée par un personnage charismatique et déterminé : Armando Oursel, coordonnateur du service des sports de Roissy-en-Brie, candidat pour devenir maire adjoint aux sports. Nous sommes dans le cas précis d'une commune qui « *impulse de manière volontaire des actions innovantes* » (Viriot-Durandal, 2014, p. 21) à destination du public senior.

L'école permet de faire découvrir aux seniors, qui n'ont pas forcément reçu une éducation sportive ou dépourvus de culture sportive, tout un panel d'APS adaptées à leurs états physique, psychique et social. Cependant, SL a été créée le 17 septembre 1996 afin de répondre à une demande du maire de l'époque qui souhaitait rassembler ses citoyens autour d'une activité, d'un lieu. En effet, la topographie de la commune étudiée présente un éclatement entre quatre pôles géographiques qui divisent la population. La volonté politique a donc clairement joué un rôle incitateur.

« (...) quand on parle de marche en forêt, c'était un lieu de rencontre pour échanger avec des gens qui étaient dans des endroits géographiques totalement différents... » (extrait d'entretien, Armando Oursel, Coordonnateur des sports, Roissy-en-Brie, 06/03/2014).

SL a alors eu pour première vocation de rassembler géographiquement mais aussi socialement les habitants. La découverte et la pratique d'APS n'ont été au départ qu'un prétexte. Aujourd'hui, forte des dix disciplines qu'elle propose, elle rassemble environ 250 adhérents et intègre des objectifs liés à la prévention du vieillissement par l'activité physique et la participation sociale. L'objectif est de proposer des animations sportives quotidiennes et SL est ainsi ouverte à tous les habitants âgés de plus de 50 ans. Outre l'activité physique dispensée, les maîtres mots sont la

¹⁵² Équipe municipale non-réélue contre 61,51 % des voix.

convivialité et la sympathie, permettant aux adhérents de se retrouver ensemble car nombre d'entre eux sont jugés comme étant isolés. Elle offre de l'activité physique à la carte et adaptée à son public (par exemple, le tennis est du « *mini-tennis* » avec des balles en mousses et des petites raquettes), en plus des plages horaires qui ont été soigneusement choisies en fonction des caractéristiques qu'engendrent le fait d'être à la retraite.

« Cela a été créé en fonction des spécificités du public senior. Par exemple, le mercredi ils gardent souvent les petits-enfants, donc ça, j'en ai tenu compte pour la création de SL. Ce qui m'a aussi permis de dire "Je vais le faire PENDANT les horaires scolaires". » (extrait d'entretien, Armando Oursel, Coordonnateur des sports, Roissy-en-Brie, 06/03/2014).

Les prix sont en outre particulièrement faibles¹⁵³ grâce au soutien de la mairie qui s'engage financièrement dans ce projet. Témoinant aussi de l'investissement dans la structure, le service des sports a procédé au recrutement d'un éducateur spécialisé pour le public senior. Cependant, l'idée n'est pas de proposer la même chose que les clubs communaux, mais bien plus de faire découvrir un panel riche d'activités pour que les seniors puissent se spécialiser via la poursuite de l'activité en club s'ils le souhaitent. L'école est alors pensée pour faire le lien avec la pratique associative proposée dans la commune, à l'image des écoles municipales pour enfants.

« Ils ont une première approche du sport qu'ils ne connaissent pas forcément... (...). Voilà, la dame en tennis par exemple, elle découvre, elle joue et ça lui plait et HOP, elle va vers le club de la commune qui propose du tennis... » (extrait d'entretien, Romain Billard, ETAPS, Roissy-en-Brie, 06/03/2014).

Nous avons vu que le lien entre les associations sportives et les services des sports sont majoritairement cantonnés aux prêts des équipements sportifs et des subventions allouées. Ainsi, en ce point précis peut être relevée une autre coordination, bien plus poussée, entre avec les

¹⁵³ 19 euros pour une année de pratique (avec un forfait supplémentaire, en fonction du quotient familial, pour l'Aquagym et le Yoga).

associations sportives et le service des sports. Sur le papier, le projet communal rencontre ici le projet associatif.

Ce mode d'intervention caractérisé par un service des sports, avec le soutien financier de la mairie, impulse et dynamise la pratique physique pour les personnes âgées, ce qui est très peu fréquent. C'est un modèle d'intervention tout à fait original que propose le service des sports de Roissy-en-Brie, parce qu'en total autonomie vis-à-vis du CCAS et qu'il prend complètement en charge la pratique physique des seniors, ce qui n'a jamais été le cas au sein des autres villes analysées.

- d. Conclusion générale du chapitre : des investissements différenciés, déconnectés et valorisant la pratique des APA

Grâce à la caractérisation des modes d'interventions et des dispositifs de prévention des effets du vieillissement en commune, nous avons pu mettre au jour l'absence de relation entre les acteurs, pour la majorité des cas.

Parfois, des coordinations s'opèrent mais elles demeurent anecdotiques. En effet, elles sont pour la plupart cantonnées aux prêts d'équipements sportifs, aux subventions allouées et à la présence des clubs au forum des associations. En revanche, elles se cristallisent aussi entre la rencontre du projet associatif et municipal dans deux cas. L'un à l'année, l'autre ponctuellement (une fois par an, pour la Semaine Bleue).

La plus rare des coordinations relevées a mis en jeu l'ensemble des services municipaux et des associations sportives de la ville, au nom d'un vieillissement en santé. Cette forme innovante de coordination a été observée au sein de l'une des plus petites villes (la deuxième plus petite) mais au sein de laquelle la part des seniors est la plus élevée (8 454 habitants dont 20,6 % de plus de 60 ans). Ainsi, il semblerait que la part tenue par les personnes âgées soit corrélée au fait de déployer des dispositifs communaux et coordonnés de surcroît.

En revanche, l'unique service des sports à lui-même offrir une pratique d'APA aux seniors vient d'une commune qui a une part de seniors moins élevée que la moyenne de la Seine-et-Marne et d'Île-de-France.

Ces « *actes interdépendants* » (Elias et Hoffmann, 2003) et ces « *configurations* » (Elias et Hoffmann, 2003) se révèlent être de véritables articulations car les compétences des uns et des autres touchent la question du vieillissement dans un but commun : le prévenir par les AP.

Quoi qu'il en soit, il apparaît clairement que les logiques de cohérence entre les programmes, politiques et dispositifs nationaux sont dépassées et ne reflètent pas la pratique locale. Chaque commune est animée par le projet politique mené par l'équipe municipale en place. En effet, que ce soit les régions, les départements ou bien les communes comme ici, chaque échelle met en jeu ses propres politiques publiques, et celles-ci ont autant de poids que les injonctions nationales. L'État ne « meurt » pas dans ces dispositifs d'interventions, il change simplement de position se mouvant dorénavant dans des actions publiques ayant plusieurs acteurs pivots, plusieurs centres. De surcroît, nous avons vu qu'Hassenteufel met au jour des facteurs de distorsion entre décision politique et mise en œuvre des actions publiques (Hassenteufel, 2008). Ici, les dispositifs sont confrontés aux changements politiques, qui induisent effectivement une modification des priorités selon les personnalités fraîchement élues. Déconnectés des échelons supérieurs, les grands modèles d'interventions en commune sont la délégation complète, les aménagements des espaces communaux, et l'offre directe d'une APA mettant parfois en jeu l'originalité des politiques gérontologiques (Gucher, 1998, p. 24) menées. C'est grâce à cette indépendance que sont possibles les marges de manœuvre et de celles-ci découlent parfois des dispositifs aussi innovants que riches.

Au sein du chapitre suivant, nous nous proposons de changer de point de vue et d'angle d'attaque. Nous interrogerons les problématiques de l'engagement physique et/ou sportif par la confrontation directe avec le public concerné et non plus par l'étude des modes d'interventions dispensés par les différents opérateurs de terrain publics et privés associatifs comme cela a été le cas au sein de ce chapitre et du chapitre précédent. Nous allons effectivement nous concentrer sur les pratiques effectives des seniors. Ainsi, la lumière sera mise sur leurs besoins, envies et attentes de ces derniers. Le tout servant à confronter la réalité des pratiques aux modèles d'actions qui sont déployés en territoire afin d'en apprécier leur rencontre ou désarticulation.

Le dernier chapitre permet ainsi de finalement se demander très simplement : Au vu de tous les acteurs et de toutes les choses déployées, dans la rue que retrouvons-nous finalement ?

PARTIE 4 - LES PRATIQUES EFFECTIVES DES SENIORS

Les pratiques en pratique : l'articulation des parcours de vie individuels et des modes d'interventions déployés en territoire nourris par les recommandations internationales

Après avoir caractérisé les recommandations universelles en termes de pratiques physiques à destination des plus de 60 ans, et mis au jour les divers modes d'interventions engagés sur le terrain, nous nous demandons légitimement s'il existe une pleine adéquation et inscription des seniors au sein de ces différentes données ou bien si un écart, voire un fossé, se creuse entre pratiques et recommandations émises. D'autres part, concernant les dispositifs déployés, il s'agit plutôt de savoir s'ils ont des effets ou s'ils sont nécessaires. Ainsi, nous questionnons également les offres de service mis en œuvre en localité et les pratiques physiques effectives de la population enquêtée.

Dans un premier temps, les seniors rencontrés dans la rue, au détour d'un marché ou dans un centre commercial marchent-ils au minimum 30 minutes par jour ? Connaissent-ils les recommandations scientifiques en termes de pratiques physiques bénéfiques sur leur santé ? Font-ils partie d'un club sportif de leur commune ? L'offre des associations leur semble-t-elle adaptée ? Bénéficient-ils des services proposés par leur mairie ? Leur commune propose-t-elle des activités physiques ? Sont-ils satisfaits par le panel de modes d'interventions qui leur est proposé ? À quels types de pratiques physiques s'adonnent-ils ? De plus, toutes ces questions appellent à une analyse des critères qui lient, ou non, les seniors aux AP au sein de notre échantillon. À savoir, qui sont ces seniors pratiquants ? Qui sont les non-pratiquants ? Quelles sont les raisons, modalités et finalités des ces engagements ou non engagements ?

Dans un second temps, nous nous demanderons comment se caractérise l'engagement corporel des personnes qui vivent dans les EHPAD. Tout d'abord, est-ce-que les AP/APA/APAS font partie des activités proposées par ces établissements ? Si non, pour quelles raisons ? Si oui, les résidents s'y adonnent-ils effectivement ? Leurs états de dépendance, qu'elle soit cognitive ou physique, permettent-ils de participer aux AP dispensées ? Nous interrogerons ici également les profils des pratiquants, des non-pratiquants, les raisons de la pratique et de la non-pratique, tout en les mettant en perspective avec des données recueillies sur un panel d'établissements.

Ces données sur les AP rejoignent les travaux sur le vieillissement qui s'interrogent sur les découpages temporels des périodes de la vie. Les recherches sur les classes d'âges placent, en effet, au cœur de leurs analyses la dimension temporelle, en tentant de décrire, comprendre et analyser l'évolution des existences. Caradec (1998) appréhende ainsi le vieillissement comme la continuation du processus de construction de l'identité sociale qui court tout au long de l'existence. Cette construction s'articule selon deux transitions. La première est biographique et vise à établir la continuité et la cohérence avec soi-même. La seconde est d'ordre relationnel : c'est une réaction à l'image de soi que renvoie autrui (Dubar, 1991). Le concept de parcours de vie, intrinsèquement porteur d'une dimension temporelle, est défini dans une approche multidisciplinaire (Lalive d'Épinay et al., 2005) afin d'appréhender l'évolution de la vie humaine dans sa totalité. Une des caractéristiques majeures de ce concept est de ne pas se limiter à une tranche d'âge particulière : « *Le souci de temporalisation, c'est-à-dire d'inscription d'une situation donnée dans un processus dynamique, avec une histoire passée et des implications futures, est fondamentalement au cœur de cette approche* » (Bessin, 2010, p. 13). En conséquence, le concept de parcours de vie questionne à la fois l'articulation des différentes générations et la prise en compte des trajectoires individuelles, inscrites dans un continuum, forcément très hétérogène d'une personne à une autre. Il convient alors de « *mieux appréhender la trajectoire des individus dans un cycle de vie de moins en moins linéaire et prévisible* » (Argoud, 2012, p. 94) ce qui implique de saisir les trajectoires des personnes à la fois dans un « temps long » (l'avancée de l'âge) et un « temps subjectif » (propre à chacun). Dès lors, au-delà de l'âge, qui influe indéniablement sur le rôle que peuvent avoir les AP dans la vie des individus, c'est tout un ensemble de caractéristiques sociographiques et de multiples variables (Lalive d'Épinay, Spini et al., 2008) qui entrent en ligne de compte. « *En particulier, les inégalités économiques et sociales sont largement imbriquées dans les trajectoires de vie au-delà de l'appartenance à un groupe d'âge spécifique. Et d'autre part, au sein de ce qui fut longtemps considéré comme une catégorie opératoire – les personnes âgées –, il existe une grande diversité de profils* » (Argoud, 2012, p. 95). On comprend alors que cette perspective du temps long individuel puisse se heurter aux enjeux globalisants des modèles d'interventions.

Il sera alors question de l'aporie classique (Dubar et Rolle, 2008) entre le temps englobant, collectif, objectif (celui des dispositifs et actions des politiques publiques) et celui individuel, vécu, subjectif qui est celui des personnes, pensé en termes de parcours de vie. En effet, les

politiques publiques, dont émanent les dispositifs et nourries par les recommandations établies aux niveaux extranationaux, se heurtent aux parcours propres des individus auxquelles elles s'adressent. Le temps long est au cœur du concept de parcours de vie car il s'inscrit dans un continuum propre à chacun, engendrant des modes de vie et donc des modes de pratiques physiques spécifiques à chaque individu. De nombreux auteurs ont ainsi montré que les conditions de vie antérieures à la retraite sont déterminantes (Ulysse, Lesemann, 1997). Émerge alors la question de l'articulation entre le temps collectif objectivé (celui des politiques publiques, des recommandations et donc des modèles d'interventions déployés) et le temps individuel subjectivé (celui des receveurs des politiques publiques) traduit en termes de parcours de vie. Et même plus, une tension émerge entre les trajectoires individuelles (les parcours de vie) et les actions politiques totalisantes, telles que les recommandations pour le « *bien vieillir* » présentes dans le PNBV ou le rapport INSERM. Ces recommandations (en termes de durée et d'intensité de pratique physique par unité de temps) sont globalisantes, s'adressent au senior lambda et offrent une idée de ce qui est bon pour un vieillissement réussi. Outre le décalage entre des mesures générales et l'hétérogénéité des seniors se pose aussi la question de la construction d'une catégorie d'acteurs fondée sur un découpage temporel pensé en termes de cycles de vie (celui de la vieillesse). Il existe ainsi un risque réel d'inadéquation entre les discours des politiques du vieillissement qui se veulent universels et la diversité des réalités vécues (Kaeser et Roch, 2013). La délicate articulation (Collinet, Schut, Pierre et Caluzio, 2014) entre les dispositifs, les recommandations et les parcours de vie sera alors mise au jour au sein de cette partie. C'est dans cette perspective que nous dégagerons des profil-types de pratiques des personnes de 60 ans et plus. Seront effectivement mis en lumière les pratiques physiques des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non, auxquelles s'adressent à la fois les recommandations internationales et les acteurs locaux privés et publics (services municipaux dont CCAS et services des sports, EHPAD et associations sportives).

Pour répondre à cet ensemble de questions, nous disposons de quatre enquêtes par questionnaires.

Encart méthodologique - enquêtes quantitatives

Afin de traiter ce chapitre, nous nous servons de quatre enquêtes quantitatives, toutes effectuées sur notre terrain d'investigation (Essonne et Seine-et-Marne) : la première à destination des seniors rencontrés dans des lieux publics, la deuxième met en jeu des clubs et associations sportives, la troisième s'intéresse aux personnes âgées placées en EHPAD et la quatrième interroge les modes d'interventions des EHPAD eux-mêmes.

Les données qui sont majoritairement utilisées sont issues de l'enquête quantitative qui porte sur la pratique physique et sportive des seniors autonomes. Pour cela, un questionnaire (document en annexe 9, p. 448) a été établi à destination des personnes de 60 ans et plus, habitants en Seine-et-Marne ou en Essonne (pour répondre à notre obligation d'intervention au sein de la Région Ile-de-France ; thèse inscrite au sein d'un projet PICRI effectivement financé par la région Île-de-France).

L'enquête de terrain a débuté au mois de juin 2013 puis a été complétée au premier semestre de l'année universitaire 2013-2014, pour être stabilisée en/02/2014. La méthode de passation employée fut en vis-à-vis direct, dans des lieux publics au sein de différentes communes des deux départements. Nous avons ainsi investi les marchés, places de village, petits commerces et centres commerciaux, toujours en semaine, le matin et l'après-midi¹⁵⁴.

Nous avons procédé à un échantillonnage empirique par quotas dans lequel nous avons imposé deux critères : le sexe et le lieu d'habitation. Parmi nos 437 répondants, 61,6 % sont des femmes, en France les femmes de 65 ans et plus forment 57,47 % (au 1^{er} janvier 2015 d'après l'INSEE). Concernant le lieu d'habitation, 13,7 % de la population française habite en milieu rural contre 15,2 % au sein de notre échantillon (91 et 77 confondus).

¹⁵⁴ - Commerces de proximité (boulangerie, poste, pharmacie, etc., dans la rue) : Evry (91), Le Mée-sur-Seine (77), Melun (77), Pontault-Combault (77), Ris-Orangis (91), Varredes (77).

- Centres commerciaux : Chelles (77), Lieusaint (77), Serris (77).

- Marchés : Chelles (91), Corbeil-Essonnes (91), Meaux (77), Melun (77).

- Place du village : Varredes (77).

Structure de la population

Seine-et-Marne



Hommes
647 798



Femmes
677 068



Ensemble
1 324 865

Île-de-France

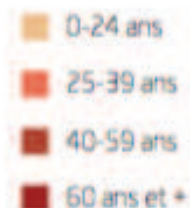


Ensemble
11 786 234

France métropolitaine



Ensemble
62 765 236



Source : INSEE, RP 2010 exploitation principale, population municipale

Ce questionnaire comporte 77 questions, réparties en plusieurs thématiques : les activités de loisir et associatives actuelles, les activités physiques et sportives, les activités physiques et sportives dans un cadre institutionnalisé, les non-pratiquants sportifs, les perspectives et besoins sur la pratique physique et sportive, l'état de santé, la prévention et l'offre pour les seniors ainsi que les caractéristiques sociodémographiques.

Ponctuellement, les résultats de l'enquête quantitative réalisée auprès de la population senior seront discutés en référence aux entretiens semi-directifs décrits et mobilisés au sein des deux

derniers chapitres mais aussi en référence à une seconde enquête quantitative qui s'est donc intéressée aux acteurs privés associatifs (clubs et associations sportives communaux).

Ce second questionnaire (document en annexe 10, p. 460) a pour objectif de saisir les actions à destination des seniors ainsi que l'offre sportive existante en commune. Envoyé à 3 905 clubs sportifs, 530 associations sportives (220 clubs en Essonne et 310 en Seine-et-Marne) ont répondu, soit un taux de réponse de 13,6 %. Le questionnaire comporte 28 questions réparties en trois thématiques : informations générales sur le club et sa politique, les actions spécifiques menées pour les 60 ans et plus, ainsi que des questions prospectives. Concernant la passation, nous avons procédé pour cette enquête à un envoi du questionnaire par e-mail au premier semestre 2013, suivi d'une relance à deux mois par courrier postal et par e-mail. Deux mois après la première relance (soit 4 mois après le tout premier contact), une nouvelle relance postale a été effectuée accompagnée d'une enveloppe affranchie, favorisant les retours.

De plus, afin d'enrichir le spectre d'investigation, des données seront également issues d'une enquête quantitative interrogeant la pratique physique des seniors qui résident en EHPAD. Pour cela, nous avons établi un questionnaire (document en annexe 11, p. 469) à destination des personnes qui vivent au sein de ce type d'établissement, toujours implantés en Seine-et-Marne ou en Essonne. Ce questionnaire comporte 36 questions, réparties en plusieurs thématiques : les activités diverses proposées au sein de l'EHPAD, l'activité physique, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques. La méthode de passation employée fut là-aussi en vis-à-vis direct, seuls ou en présence d'une psychomotricienne, en chambre ou dans la salle commune suivant les cas, et ce au mois de juin 2013. Nous n'avons pas choisi les résidents enquêtés pour des raisons d'organisation simple : les EHPAD au sein desquels les résidents ont été interrogés étaient exclusifs aux personnes ayant des dépendances mentales (Alzheimer prononcé). Ainsi, nous ne pouvions pas interroger n'importe qui, n'importe où, sans sélection et travail préalables et sans contact amorcé par une personne familière. Suite à notre requête et avant notre venue, ce sont les psychomotriciennes qui ont élaboré une liste d'enquêtés potentiels suivant les états physiques et psychologiques des personnes, puis le jour J elles ont affiné cette sélection en fonction des disponibilités cognitive, affective et physique des résidents préalablement pressentis, ainsi 79 résidents ont pu être interrogés.

Ces résultats seront également discutés en référence à une quatrième enquête quantitative sur les établissements recevant des personnes âgées dépendantes. Ce quatrième questionnaire (document

en annexe 12, p. 473) a pour objectif de saisir les actions physiques menées à destination des résidents. Envoyé aux 294 EHPAD présents sur le bassin d'enquête, 74 ont répondu, soit un taux de réponse de 25,2 %. Le questionnaire comporte 33 questions réparties en quatre thématiques : informations générales sur l'établissement, l'organisation et activités physiques, les moyens mis en œuvre ainsi que des questions prospectives. Concernant la passation, nous avons procédé pour cette enquête à un envoi par e-mail au premier semestre 2013, suivi d'une relance à deux mois par courrier postal et par e-mail. Deux mois après la première relance, une nouvelle relance postale a été effectuée accompagnée d'une enveloppe affranchie favorisant les retours.

Pour terminer, nos analyses ont été réalisées par le logiciel d'analyse statistique Modalisa[®], permettant notamment de réaliser des tests de corrélations.

Encart 27 – Méthodologie des enquêtes quantitatives

a. Les plus de 60 ans autonomes : une multitude de profils au sein d'une même catégorie

i. Caractéristiques générales de l'échantillon

1. Critères sociodémographiques

L'âge moyen de nos répondants est de 71 ans, allant de 60 ans à 95 ans. 191 personnes sont âgées de 60 à 69 ans, 178 compris entre 70 et 79 ans puis 59 seniors âgés de 80 à 89 ans et 3 personnes situées entre 90 et 95 ans (Figure 1). Dans le souci de différencier les « seniors » du « grand âge » comme le font de grands plans nationaux, notons que notre échantillon comporte 64 % de moins de 75 ans et 36 % de 75 ans et plus.

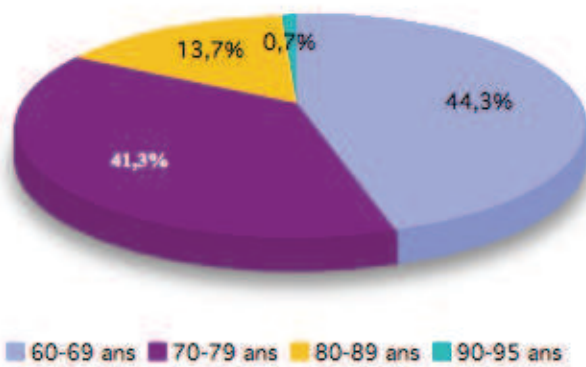


Figure 1 - Répartition des répondants par tranches d'âge

Quant aux différentes professions exercées avant la retraite (Tableau 9), environ 1/3 renvoie à la catégorie¹⁵⁵ des employés. Une personne répondante sur 4 était¹⁵⁶ cadre ou exerçait une

¹⁵⁵ Selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE.

¹⁵⁶ Nous avons 31 répondants qui sont encore actifs sur les 437 interrogés.

profession intellectuelle supérieure et 4 seniors sur 10 étaient rattaché à une profession intermédiaire.

Catégories socioprofessionnelles	Effectifs	Fréquence
1 – Agriculteurs exploitants	2	0,5 %
2 – Artisans, commerçants et chefs d’entreprise	28	6,8 %
3 – Cadres et professions intellectuelles supérieures	104	25,1 %
4 – Professions intermédiaires	88	21,3 %
5 - Employés	133	32,1 %
6 – Ouvriers	51	12,3 %
8 – Autres personnes sans activité professionnelle	8	1,9 %
Total	414	100 %

Tableau 9 – Anciennes PCS des seniors répondants

La question du revenu annuel brut par foyer a été délicate. En effet, 58 % des interrogés n’ont pas voulu apporter cette précision. Cependant, sur les 182 répondants, la moyenne est située à hauteur de 34 000 € brut, par foyer, et par an (Tableau 10). La moyenne des ménages répondants vivent donc avec 2 833 € brut par mois, soit environ 2 200 € net pour l’ensemble du foyer.

45 % des répondants sont représentés au sein de la tranche ayant un revenu compris entre 12 000 et 24 000 €, oscillant alors entre 1 000 et 2 000 € brut mensuel. La deuxième section (30,2 %) est 25 000 – 48 000 €. Une minorité (2,7 %) vit avec moins de 1 000 € brut mensuel.

Revenus	Effectifs	Fréquence
12 000 - 24 000 €	82	45,1 %
25 000 - 48 000 €	55	30,2 %
50 000 - 70 000 €	32	17,6 %
72 000 - 84 000 €	6	3,3 %
- 12 000 €	5	2,7 %
210000 €	2	1,1 %
Total	182	100 %

Tableau 10 - Revenus annuels par tranches

Les seniors répondants sont quasiment tous diplômés. Moins d'un senior sur 10 (7,6 %) ne possède pas de BEP/CAP/CEP. En revanche, la quasi majorité (48,7 %) détient l'un de ces trois diplômes, 23,3 % ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et 20,4 % ont un niveau baccalauréat.

Concernant les situations personnelles, plus de 6 seniors sur 10 sont mariés et plus de 2 sur 10 sont veufs(ves) (Figure 2). Les répondants hommes connaissent ainsi plus la situation maritale que celle du veuvage : ils sont mariés à 75,9 % et veufs à 9 %, alors que les femmes âgées sont mariées pour 52,5 % et veuves à hauteur de 33,3 %.

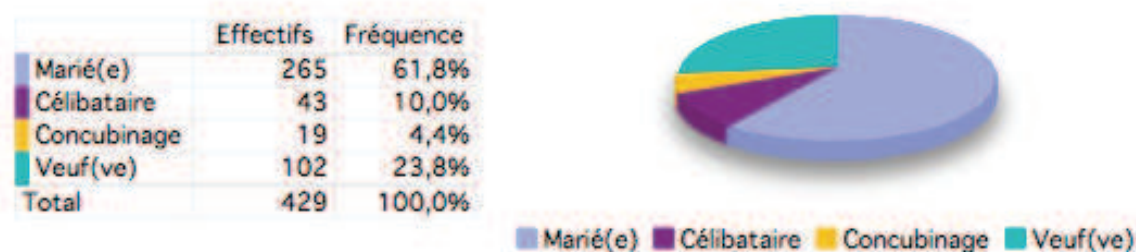


Figure 2 - Situations personnelles

7 seniors sur 10 ne vivent pas seuls chez eux, la quasi-totalité (96,3 %) n'a ni enfants, ni parents à charge et dans 98,4 % des cas, ils ne sont pas eux-mêmes à la charge de quelqu'un. Nos répondants sont ainsi quasiment tous autonomes (dans le sens où ils ne dépendent de personne) et libérés des contraintes familiales.

Pour résumer les caractéristiques sociodémographiques, nous pouvons donner un profil-type de nos répondants : Personne de sexe féminin, mariée, âgée de 60 à 69 ans, sans enfant et parent à charge, possédant un CEP/BEP/CAP, employée, bénéficiant d'un revenu entre 12 000 et 24 000 € bruts annuel pour le foyer.

2. Modalités de la pratique physique

Nos seniors ont des activités qu'ils pratiquent librement (en dehors de tout cadre institutionnel) et de manière organisée (en clubs). De manière générale, en ne nous intéressant qu'aux APS, la population répondante est plus encline à pratiquer de manière libre (Tableau 11), conformément à ce que montrent les différentes enquêtes établies sur le sujet (Burlot et Lefèvre, 2010 ; Crosnier, 2005 ; Feillet et Roncin, 2001 ; Pichot, 2002).

Activités	Effectif pratique organisée	Effectif pratique libre
Promenade, marche, sorties pleine nature	50	287
Activités physiques et sportives	83	110

Tableau 11 – Activités pratiquées

Il est intéressant de croiser ces données avec différentes variables sociodémographiques. Tout d'abord, selon l'âge. Les 60-69 ans sont les seuls à ne pas faire apparaître les APS parmi les 5 activités de loisirs les plus fréquemment citées, que ce soit de manière libre ou en club. Les contraintes familiales n'étant peut-être pas encore levées, car les deux premières places sont occupées par la garde des enfants/petits-enfants.

La seule activité que l'on retrouve au sein de toutes les tranches d'âges, de manière libre, est la promenade/marche/sortie en pleine nature, ce qui correspond pleinement aux recommandations internationales d'activation générale des corps et ce que favorisent également les aménagements urbains. Nous avons effectivement vu que les espaces urbains étaient l'un des dispositifs d'action mis en place par les services des sports et les CCAS des communes enquêtées afin de permettre la concrétisation d'une politique d'activation physique générale. Il est important de relever qu'il n'y a alors pas d'effets d'âges ou de générations pour cette donnée.

Si l'on opère un focus sur les activités physiques et sportives, nous nous rendons compte que les 80 ans et plus ne pratiquent pas de manière institutionnalisée. Les 70-79 ans sont les répondants qui pratiquent le plus en clubs, qu'elle que soit l'activité, et les 60-69 ans sont ceux qui pratiquent le plus de manière libre.

De plus, la dimension sociale peut être une raison : les 60-69 ans étant moins sujets à la « désocialisation » ou à l'isolement, ils ont également moins besoin de pratiquer en club/association. Car ces pratiques renvoient à un engagement physique entouré d'autres personnes, ce qui favorise la création et le maintien d'un lien social, et donc de rester socialement insérés. Au vu de nos résultats, nous pouvons avancer le fait que les 70-79 ans sont le plus fortement représentés au sein des pratiques physiques et sportives organisées car le besoin de contact social est plus prégnant à cet âge-là. Une autre hypothèse serait que les plus de 80 ans peuvent ne pas adhérer à des pratiques en clubs parce que les structures ne sont pas adaptées ou offrent des activités jugées comme inadaptées.

Une dernière hypothèse pourrait aussi expliquer ce phénomène : la motivation. Il est difficile de pratiquer, seul, sans structure, sans un encadrant qui nous motive, nous pousse à nous dépasser, ou ne serait-ce qu'à bouger. La tranche 70-79 a peut-être besoin d'être inscrit, d'avoir des « obligations » pour pratiquer, alors que les 60-69 ans, plus proches – dans le temps – de leurs contraintes familiales et professionnelles, voient bien plus volontiers cette dimension comme une contrainte après une vie entière de contraintes d'ordres familiales et professionnelles.

Si l'on s'interroge sur les anciennes professions et catégories socioprofessionnelles, les seniors de la catégorie des agriculteurs exploitants (1) ne pratiquent pas du tout d'APS (ni en club, ni librement). Notre échantillon est conforme aux travaux réalisés sur le sujet (Lalivie d'Épinay, 1994) : les personnes ayant été agricultrices voient la retraite comme le temps du repos après une dure vie faite de travaux physiques éreintants. La catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (2) pratiquent peu de manière institutionnalisée (seulement quatre activités). Cette PCS marche et répond ainsi à la recommandation universelle qui prône les bénéfices de la marche sur la santé et non pas forcément la pratique d'une AP en association sportive. La catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures (3), professions intermédiaires (4), employés (5) et ouvriers (6) sont caractérisées par le fait que les gens font des APS mais bien plus de manière libre qu'en club sans pour autant faire partie des activités les plus pratiquées. Les catégories des cadres et professions intellectuelles supérieures (3) et des professions intermédiaires (4), sont les plus enclines à pratiquer (quelle que soit l'activité) de façon institutionnelle. Ce qui corrobore les travaux faits sur le sujet (Henaff-Pineau, 2008, p. 216) : les professions intermédiaires et supérieures sont plus attirées par les pratiques organisées. La catégorie des autres personnes sans

activité professionnelle (8) fait quant à elle apparaître les APS dans les cinq d'activités libres les plus plébiscitées (5^{ème} rang).

De manière synthétique, les retraités issus des corps de métiers où l'investissement personnel, physique et psychologique est fort (agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise) ne pratiquent pas du tout d'APS. Au contraire des personnes n'ayant pas eu d'activité professionnelles qui sont les seules à faire apparaître les APS dans les activités les plus pratiquées. Enfin, les anciens cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les retraités issus des professions intermédiaires sont les plus concernés par la pratique en club.

Le fait de vivre en milieu rural ou non a-t-il un impact sur les activités pratiquées ? Cette question nous a poussé à interroger les pratiques selon le nombre d'habitants de la commune de résidence. La barre des moins de 2 000 habitants pour caractériser le milieu rural a été choisie selon les critères de l'INSEE. Les seniors vivant en milieu rural sont les seuls à ne pas faire apparaître dans les 5 activités libres les plus citées la promenade/marche/sortie en pleine nature. Cette donnée peut tout simplement être justifiée parce le fait qu'elles vivent en pleine nature et ne ressentent ainsi pas le besoin d'un retour à la nature que peuvent éprouver les retraités qui évoluent en milieu urbain. Les personnes appartenant à des communes comptant entre 90 000 et 95 000 habitants sont les seules à mentionner les APS dans les 5 activités plébiscitées. Ici, c'est l'activité n°2 en pratique libre. *A contrario*, c'est l'unique catégorie qui ne fait pas apparaître l'activité de promenade/marche/sortie en pleine nature dans les 5 activités les plus pratiquées en association. Ainsi, dans les villes, nos seniors pratiquent des APS de manière libre mais ne marchent en club.

3. Les freins aux pratiques

L'analyse des pratiques ou non pratiques ne peut s'abstenir de l'analyse des freins à celles-ci. Plus de 7 répondants sur 10 ne souhaitent pas avoir plus d'activités (72,9 %). Cependant, lorsque c'est le cas, le trio de têtes des activités voulant être pratiquées est la marche, natation/Aquagym© et sorties/activités culturelles (Tableau 12).

Activités souhaitées	Effectifs	Fréquence
Marche	25	21,4 %
Natation, Aquagym©	19	16,2 %
Activités et sorties culturelles	19	16,2 %
Voyages	14	12,0 %
Gymnastique	9	7,7 %
Vélo	9	7,7 %
Danse	8	6,8 %
Voile	7	6,0 %
Activités manuelles	6	5,1 %
Autres	35	30,5 %
Total des réponses ¹⁵⁷	151	129,60 %

Tableau 12 - Activités souhaitées

Les activités phares sont ainsi des activités physiques et culturelles et les principaux freins à l'intensification de pratique d'activités sont le manque de temps, pour environ 4 personnes sur 10, puis le fait de penser avoir une santé fragile, concernant deux personnes sur 10, et le manque de motivation et d'énergie (16,7 %). Nos résultats corroborent avec ceux de divers auteurs (Crosnier, 2005 ; Huraut, 2010 ; Réguer, 2010).

¹⁵⁷ Interrogés : 437 / Répondants : 117 / Réponses : 151. Plusieurs réponses étaient possibles, ainsi le total est supérieur à 100 %.

4. Désintérêt des seniors face aux modes d'interventions des services municipaux

Grâce aux écrits analysés dans les premiers chapitres de ce manuscrit, nous avons vu que le bassin de vie, le lieu de résidence, ou encore l'habitat, la cité ou bien le territoire au sein duquel vit le senior est déterminant dans son engagement corporel ou non. Ainsi, il nous a semblé indispensable d'interroger la satisfaction vis-à-vis de l'offre communale proposée.

Tout d'abord, plus de 6 seniors sur 10 ne profitent pas de l'offre communale en direction des personnes âgées alors que moins d'une personne sur 10 nous informe qu'il n'y a aucune offre particulière de faite (il est aussi possible qu'elle n'en a pas connaissance). Les seniors n'en profitent pas pour plusieurs raisons. La première est qu'ils n'aiment pas être regroupés par tranches d'âge. Ainsi l'estampillage « à destination des plus de 60 ans » les fait plus fuir plus qu'il ne les attire, comme le prône la grande majorité des acteurs rencontrés, qu'ils soient issus du monde associatif ou politique (comme par exemple Martine Pinville, Parlementaire et rapporteur de la nouvelle loi autonomie, Paulette Guinchard, présidente du Conseil de la CNSA, ou encore André Dupont, Président et encadrant de seniors sportifs). Vient ensuite la raison de ne pas être informé de telles pratiques ; c'est en ce sens que la ville de Breuillet met en place des guides, ou que Noisiel édite un journal, exclusivement à destination des seniors afin qu'ils soient pleinement tenus au courant de ce qu'il se fait dans leur commune. La troisième raison invoquée est de ne pas être intéressé (ou de n'en avoir pas besoin), alors que le manque de temps pour cela caractérise la dernière raison. En revanche, près des $\frac{3}{4}$ qui en profitent en sont satisfaits ou très satisfaits (Tableau 13). Comme ils en sont satisfaits, nous pouvons dire que l'offre communale proposée, lorsqu'elle est identifiée par les seniors, remplit ses fonctions en répondant à leurs attentes.

Degré de satisfaction	Effectifs	Fréquence
Satisfait /Très satisfait	182	72,8 %
Insatisfait	51	20,4 %
Très insatisfait	17	6,8 %
Total	250	100,0 %

Tableau 13- Satisfaction offre communale

L'adhésion à l'offre communale renvoie pour 4 seniors sur 10 à l'appartenance à un club de la commune. Ensuite 35 % des enquêtés nouent un lien avec leur municipalité par leur participation aux réunions festives destinées aux seniors et 16 % profitent des services d'aide à la personne (portage de repas, aide à domicile, etc.) mis en place.

Nous avons vu que l'ensemble des communes proposent ce genre d'offres (services à la personne et réunions festives) via leur CCAS. Ainsi, ce type de dispositifs est utile, nécessaire et épouse les pratiques effectives des receveurs. De plus, la présence d'un club communal à destination des seniors, qu'il propose des AP ou non, est une donnée importante et répond à des attentes spécifiques de cette population. D'ailleurs, les communes de Noisiel, Bussy-Saint-Georges et Magny-le-Hongre, via les dires de leurs élus et directeurs de services¹⁵⁸, notaient toutes l'importance que revêt la présence de tels clubs au sein de leur municipalité. Ces trois communes en sont effectivement dotées et ceux-ci proposent des activités culturelles et de loisirs (bien qu'aucun n'offre de pratique physique directe) dont les personnes âgées sont effectivement friandes comme le montrent cette enquête. Sur ce point, les attentes correspondent à l'offre, pour plus de la moitié des communes enquêtées.

Le profil type de la personne qui bénéficie de l'offre communale est un(e) veuf(ve), âgé(e) de 70 ans, vivant en commune rurale (de moins de 2 000 habitants) et le frein à l'intensification d'activités pour cette personne est le transport. Celle-ci est titulaire d'un CAP/BEP/CAP et était employé(e). Ainsi les plus âgés et veufs semblent tournés vers une socialisation qui passe par une activité en club des aînés rattaché à la commune de résidence. Des travaux pionniers (Feillet, 1996) ont d'ailleurs montré que ce genre de clubs attire grandement les seniors vivant en milieu rural et qu'ils ont, en outre, favorisé à un moment donné l'accès aux pratiques physiques des seniors (en majorité des femmes) (Feillet, 1996, p. 85).

¹⁵⁸ Lynda Amami, Élu(e) aux sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014, Mairie annexe de Bussy-Saint-Georges
Cécile Munch, Responsable des sports, Bussy-Saint-Georges, 18/03/2014, Mairie annexe de Bussy-Saint-Georges
Marie-France Aubey, Élu(e) aux seniors, Magny-le-Hongre, 04/03/2014, Mairie de Magny-le-Hongre
Denis Basso, Directeur du CCAS Magny-le-Hongre, 04/03/2014, Mairie de Magny-le-Hongre
Jacqueline Mikaélian, Élu(e) aux sports, Magny-le-Hongre, 04/03/2014, Mairie de Magny-le-Hongre
Annic'k Dellerba, Adjoint(e) à la responsable du service Action Sociale, Responsable du secteur des personnes retraitées, 07/03/2014, Mairie de Noisiel

- ii. Des pratiques physiques motivées par quatre raisons : mise au jour des profil-types tributaires des parcours de vie

Henaff-Pineau a permis de caractériser différents profils de pratiquants seniors grâce à sa thèse (Henaff-Pineau, 2008). Nous nous proposons également de mettre au jour de tels modèles ; ainsi nous retrouvons parfois les mêmes tendances, confirmant son travail. Cependant nos enquêtes, en plus d'apporter de nouvelles données, se proposent d'analyser la catégorie des non-pratiquants. Notre travail faisant la part elle aux politiques publiques, il nous est nécessaire de mettre au jour le profil des non-pratiquants car c'est bien sur cette catégorie cible que les actions publiques vont pouvoir se concentrer pour les mettre effectivement en mouvement. De plus, ce focus permettra de révéler les points de désarticulation qui résident entre les dispositifs déployés et ces receveurs non acquis.

Nous savons, via les enquêtes relayées par l'INSERM, que les activités préférées des seniors au niveau national sont le vélo, la marche, la natation et les activités comme le jardinage (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2015, p. 43). Les personnes qui pratiquent la gymnastique d'entretien sont le plus souvent des femmes (82 % de pratiquantes), plutôt âgées (65 % des pratiquantes ont 50 ans et plus) et même souvent retraitées (46 % de ces personnes). De plus, c'est parmi les pratiquants de la randonnée pédestre que la part de « cadres et professions intellectuelles supérieures » est la plus élevée ainsi que pour la natation de loisir. Et la randonnée est très pratiquée par les retraités qui représentent près de 30 % des pratiquants de cette discipline (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2015, p. 44).

Parmi nos répondants, 79,63 % déclarent avoir une pratique physique ou sportive. Cependant, celle-ci diffère grandement dans sa concrétisation sur le terrain car elle est tributaire des motivations des individus et des modalités de pratique. Comme vu précédemment, le poids des anciennes PCS est un facteur prédominant sur le taux de pratique. À titre d'exemple, la modalité de réponse « *vous aimez l'activité physique depuis toujours et vous continuez de la pratiquer* », est choisie par 65,1 % de la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » et seulement 35,3 % de la catégorie « ouvriers ». Plus encore, la modalité « *vous n'aimez pas*

l'activité physique et ne pratiquez pas » n'est choisie que par 17,1 % des répondants, mais faisant référence à 29,4 % des seniors de la PCS « ouvriers ».

Les femmes représentent 61,6 % de notre échantillon. Si le sexe n'influe pas sur le taux de pratique physique et sportive (76 % des hommes déclarent pratiquer une activité physique et sportive contre 77,3 % des femmes), 61,2 % des hommes déclarent aimer cette pratique et la continuent depuis toujours, contre seulement 44,4 % des femmes. Ces dernières ont effectivement tendance à découvrir plus tardivement cette pratique (Henaff-Pineau, 2009). De plus, les tests de corrélation révèlent des modalités de réponses spécifiques aux femmes et aux hommes. Ainsi, l'absence de compétition dans la pratique féminine est importante (PEM¹⁵⁹ : 66 %) contrairement aux hommes pour qui la compétition est une modalité importante (PEM : 72 %). Les femmes privilégient une pratique sportive encadrée, en cours collectif (PEM : 60 %), contrairement aux hommes qui ne souhaitent pas être encadrés au cours de leur pratique sportive (PEM : 58 %).

Les trois APS les plus pratiquées sont les mêmes que celles des enquêtes de 2000 et 2010 menées par l'INSEP, à savoir respectivement la marche, le vélo et la natation. L'accès à ces deux premières APS est soutenu par les communes, notamment *via* l'aménagement d'espaces naturels. Par exemple, nous avons vu que l'élue au sport de Magny-le-Hongre « *incite les seniors à pratiquer en développant des pistes cyclables et des allées piétonnières, permettant le déplacement seul et/ou en famille* »¹⁶⁰, ou encore qu'un président de club¹⁶¹ de Breuillet s'inscrit également dans cette dynamique en utilisant pour la pratique de marche-randonnée, les sentes réaménagées de la commune. Par ailleurs, de nouvelles pratiques émergent chez les seniors. En effet, si nous cumulons les effectifs des activités de remise en forme (fitness, Aquagym©, aquabiking), celles-ci arrivent en 5^{ème} position.

Quelle que soit l'APS, la quasi-totalité des seniors pratique en loisir, la compétition n'attirant que 7,3 % des répondants. En revanche, les seniors sont des pratiquants très réguliers puisque 73,5 % pratiquent au moins deux fois par semaine pour des motivations sanitaires prioritairement. En

¹⁵⁹ Nous utiliserons ici le PEM (Pourcentage à l'Ecart Maximum) qui est un indicateur d'écart à l'indépendance permettant de mettre en avant des corrélations entre deux variables. Le PEM est exprimé en pourcentage : plus le pourcentage est élevé, plus le lien entre deux variables est fort.

¹⁶⁰ Extrait d'entretien, Jacqueline Mikaélian, Élu(e) aux sports, Magny-le-Hongre, 04/03/2014, Mairie de Magny-le-Hongre.

¹⁶¹ André Dupont, Président et encadrant, Marche Rando Breuillet, 28/02/2014, Moulin des Muses, Breuillet.

effet, les trois dimensions de la santé¹⁶² prédominent largement dans les raisons de la pratique physique et sportive (« *se maintenir en forme* », « *améliorer votre santé* » et « *résister au vieillissement* » étant les trois modalités de réponse les plus citées). *A contrario*, les motifs prédominants de la non-pratique sont une « *santé fragile* » (31,2 %), un « *manque de motivation et d'énergie* » (27,6 %), un « *manque de temps* » (23,1 %) et parce qu'ils n' « *aiment pas l'activité physique* » (21,6 %).

Les tests PEM entre les pratiquants et les non-pratiquants révèlent des caractéristiques spécifiques : les pratiquants gèrent leur vieillissement « *en maintenant une activité physique* » (PEM : 78 %) mais revendiquent un « *manque de partenaires* » comme frein à l'intensification de leur pratique (PEM : 65 %). Il semble ainsi que la création de lien social via la mise en relation des seniors puisse intensifier la pratique physique et/ou sportive. Pour les non-pratiquants, le frein principal est qu'ils n'aiment pas l'activité physique (PEM : 66 %).

Au sein de notre enquête, quatre parcours-types se dessinent (Pierre, Caluzio et Schut, 2016). Ceux-ci sont mis au jour car ils permettent de répondre à notre problématique. En effet, ils nous permettent de filer la comparaison entre les politiques publiques, les dispositifs déployés, les recommandations et les pratiques effectives des seniors. En caractérisant ces parcours entendus ici comme profils, apparaissent deux profils où la retraite n'a pas impacté la pratique ou non d'une APS (bien que des adaptations dans les modalités et les finalités de pratique puissent être rencontrées). Le premier concerne les personnes qui ont toujours fait du sport et ont naturellement poursuivi cette activité, le deuxième représente ceux qui n'en ont jamais fait et continue dans cette voie également. Puis viennent deux parcours où la retraite a permis l'engagement sportif : soit lié à la création de temps pour soi une fois l'activité professionnelle cessée, renvoyant au plaisir de découvrir le sport, soit lié à une santé fragile nécessitant de s'activer physiquement, pratique pouvant alors renforcer le sentiment d'injonction ou de contrainte, plutôt éloigné de la notion de plaisir.

Nous avons ainsi défini un premier profil celui des « Sport-Passion », qui correspond à 50,9 % des répondants. Un second profil qualifié de « Néo-Sportifs » comprend 8,8 % des seniors ayant

¹⁶² Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.

répondu à notre enquête, tandis que le troisième profil caractérisé « Sport-Santé » comprend 17,1 % des répondants. Pour terminer notre travail permet également de faire émerger le profil des non-pratiquants qui représentent 20,4 % de nos répondants. Profil souvent occulté par les travaux scientifiques, nous avons fait le choix de le mettre en lumière, au même titre que les pratiquants. Leur prise en considération nous semble effectivement indispensable pour pouvoir comprendre leur non-pratique et pourquoi-pas offrir des pistes de réflexion pour favoriser leur engagement physique.

Rappelons un point essentiel à ces analyses : les parcours de vie sont indissociables des pratiques effectives une fois la retraite arrivée. Ce dernier s'inscrit dans un continuum propre à chacun, engendrant des modes de vie et donc des modes de pratiques physiques spécifiques à chaque individu. De nombreux auteurs ont ainsi montré que les conditions de vie antérieures à la retraite sont déterminantes (Ulysse et Lesemann, 1997).

1. Les « Sport-Passion » : profil en adéquation avec les modes d'interventions des fédérations sportives et des APS

Le premier parcours, ou profil-type, correspond donc aux seniors ayant un goût prononcé pour les APS et qui pratiquent depuis toujours. Dans ses travaux Henaff-Pineau qualifie ce parcours de « *continu et engagé depuis la jeunesse* » (Henaff-Pineau, 2008, p. 227, 2009, p. 76). Au sein de notre enquête, plus de la moitié des répondants se retrouvent dans ce profil. Le fait de s'être rendu dans des lieux publics afin de procéder à l'enquête quantitative influe inévitablement sur cette donnée. En effet, nous n'avons été confrontés qu'à des personnes quittant leur domicile pour rejoindre l'extérieur (sans pour autant connaître les raisons de cette sortie). Ainsi, notre panel fait intervenir des personnes qui ne vivent pas repliées chez elles.

Ces seniors sont plus jeunes que l'ensemble de nos répondants, et ils sont globalement issus des premières générations du baby-boom, la moitié de ce profil ayant entre 60 et 70 ans (Tableau 14). Rappelons que ces retraités ont acquis une culture sportive du fait d'être issus de la génération « sport »¹⁶³, qui a profité de la massification de la pratique sportive.

¹⁶³ Cette massification de la pratique sportive a tout d'abord touché les hommes diplômés.

Âge	Âge moyen : 70,4 ans La moitié a moins de 70 ans ¹⁶⁴
Sexe	Femmes : 52,7 % Hommes : 47,3 %
PCS	Artisans : 8,9 % Cadres et professions intellectuelles supérieures : 35,4 % Professions intermédiaires : 22,2 % Employés : 24,1 % Ouvriers : 7,6 %
Niveau d'étude	CEP/CAP/BEP : 46 % Baccalauréat : 23 % Supérieur au baccalauréat : 31,1 %
Situation personnelle	Célibataire : 9,8 % Concubinage : 6,7 % Marié(e) : 64,4 % Veuf(ve) : 19 %

Tableau 14 - Critères sociodémographiques des « Sport-Passion »

Nous retrouvons ici certaines caractéristiques mises en avant par Henaff-Pineau, dont le fait que ce profil soit plutôt masculin (la proportion d'homme augmente de près de 10 points) et ayant une pratique assidue. Enrichissant ces deux données, les tests de corrélation effectués révèlent que ce profil gère son vieillissement « *en continuant de pratiquer une activité sportive intensément* » (PEM : 68 %), et près de 95 % d'entre eux pratiquent au moins une fois par semaine une APS. Cependant, les seniors répondant à ce profil peuvent être confrontés au « paradoxe de la pratique ». En effet, les pratiques physiques peuvent jouer un rôle paradoxal dans le sens où elles risquent d'amplifier la perception de la dégradation corporelle et « *la conscience de vieillir* » (Feillet, 1997) et, dans le même temps, de renforcer la sensation de ne pas vieillir en luttant contre les effets du vieillissement.

¹⁶⁴ Indicateurs en gras = spécificité des individus qui s'inscrivent dans ce parcours.

Concernant les modalités de pratique, si la compétition n'est pas prépondérante elle augmente tout de même de 4 points par rapport à l'ensemble des répondants. De plus, la pratique institutionnalisée (PEM : 41 %) et plus précisément dans un club sportif (PEM : 48 %) est retrouvée. Phénomène à mettre en perspective avec le fait que plus de la moitié des seniors de ce profil a pratiqué une activité dans un club sportif durant au moins 15 ans auparavant. Une réelle culture sportive a imprégné le mode de vie des Sport-Passion, ainsi on retrouve naturellement la recherche de plaisir comme l'une des motivations de la pratique corrélée à ce profil (PEM : 20 %). Ces personnes ont conscience des bienfaits sanitaires d'une pratique physique, Feillet avance d'ailleurs que les « *papy-boomers* » considèrent les APS comme un facteur de santé. En effet, ces personnes se disent être « *en amont* » (PEM : 34 %) du processus de vieillissement, ne pas ressentir de troubles particuliers (PEM : 37 %) et considèrent que la pratique leur permet de rester en forme et de lutter efficacement contre le vieillissement. Ils estiment également avoir un meilleur état de santé comparativement aux autres seniors rencontrés (PEM : 23 %).

Malgré une pratique physique et sportive soutenue et intense, près d'1/3 des personnes de ce profil souhaitent augmenter sa fréquence et/ou le nombre d'APS pratiquées et ainsi enrichir leur panel de pratique et le nombre de plages horaires dédiées à celui-ci. Les APS sur lesquelles se focalisent les attentes sont la marche, la natation et l'Aquagym©. Alors les Fédérations d'Athlétisme (FFA) et de Natation (FFN) répondent pleinement aux attentes des seniors qui s'inscrivent dans ce parcours car elles ont toutes deux développé des disciplines spécifiques à ce genre de pratiques physiques (condition physique, remise en forme, marche nordique et jogging loisir pour la FFA et Aquagym© pour la FFN). Ainsi, les dispositifs mis en œuvre par les acteurs du monde sportif précédemment analysés corrélaient avec les pratiques effectives des seniors caractérisés au sein de ce profil. De plus, les services des sports municipaux seraient en mesure de proposer des activités correspondant aux attentes de ce parcours-type. En effet, le développement des modèles d'interventions comme l'école municipale multisports de Roissy-en-Brie gagnerait à être généralisée pour favoriser l'accueil des seniors par le monde sportif, car le sport est un acquis pour ces seniors. D'autant plus que ce profil de seniors sportifs concerne 50,9 % de la population enquêtée. Les modèles d'interventions municipaux qui mettent en œuvre des APS pour les seniors (service des sports de Roissy-en-Brie) ainsi que les clubs sportifs communaux et leurs fédérations de rattachement parviennent à articuler leurs dispositifs aux

parcours de vie de ces seniors. La majorité de la population enquêtée bénéficient donc de modèles d'interventions qui se révèlent être à la fois utiles et nécessaires.

2. Les « Néo-Sportifs » : parcours reflet des actions des fédérations sportives spécialisées en APA

Le second parcours pourrait être rapproché de celui qu'Henaff-Pineau nomme « *continu tardif* » (Henaff-Pineau, 2009). C'est effectivement un profil d'individus qui découvre l'activité physique tardivement, c'est-à-dire qui n'avait pas une culture de l'activité physique liée à une pratique à tous les âges de la vie. Concernant les caractéristiques sociodémographiques (Tableau 15), les Néo-Sportifs concernent une majorité de femmes (PEM : 56 %) issues des classes moyennes compte tenu de leur PCS d'origine, souvent des employés (PEM : 41 %). Concordant sur ce point avec les résultats d'Henaff-Pineau, nous notons néanmoins, l'existence une dissonance en termes de catégories d'âges. En effet, dans notre échantillon, les individus de ce groupe sont plutôt des jeunes retraités (entre 60 et 69 ans) et ce profil ne se retrouve pas chez les personnes plus âgées. Cette tranche d'âge résonne fortement comme l'avènement de la fin des contraintes professionnelles et de l'entrée dans la vie « inactive ». Appuyant d'autant plus notre raisonnement en ce sens, concernant la situation personnelle, le fait de vivre seul favorise légèrement l'engagement dans ce parcours, répondant alors pleinement au déterminant « libéré des contraintes familiales » qui pèse plus majoritairement sur les femmes. Ce parcours-type met alors en lumière des femmes, issues des couches moyennes, qui une fois libérées de la vie professionnelle et familiale, s'octroient une pratique physique et/ou sportive pour des raisons que nous allons analyser.

Âge	Âge moyen : 68,3 ans 60-69 ans : 62,1 % ¹⁶⁵ 70-79 ans : 37,9 %
Sexe	Femmes : 82,8 % Hommes : 17,2 %
PCS	Cadres et professions intellectuelles supérieures : 3,4 % Professions intermédiaires : 20,7 % Employés : 58,6 % Ouvriers : 13,8 % Autres personnes sans activité professionnelle : 3,4 %
Niveau d'étude	CEP/CAP/BEP : 59,3 % Baccalauréat : 37 % Supérieur au baccalauréat : 3,7 %
Situation personnelle	Célibataire : 14,3 % Marié(e) : 57,1 % Veuf(ve) : 28,6 %

Tableau 15 - Critères sociodémographiques des « Néo-Sportifs »

Alors que le parcours précédent s'adonne à une APS dans le but d'éprouver du plaisir, ce second profil recherche bien plus la sociabilité associative. En effet, 63 % sont venus à la pratique physique par l'intermédiaire de leurs amis et rejoignent par la suite des associations sportives. Ces femmes ont peu fréquenté les clubs sportifs jusque-là comme le révèle leur peu d'expérience dans la pratique sportive (3,4 % ont un vécu associatif). Aussi, elles délaissent les clubs sportifs « ordinaires » pour privilégier les associations qui se sont spécialisées dans le public senior comme celles affiliées à la Fédération Française de Retraite Sportive (FFRS) ou la Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV). Là, elles peuvent pratiquer des activités d'entretien telles que la gymnastique, le yoga, la danse, la randonnée, la natation ou encore l'Aquagym© . Et dans 80 % des cas, cette activité est encadrée par un animateur/encadrant.

¹⁶⁵ Indicateurs en gras = spécificité des individus qui s'inscrivent dans ce parcours.

Même si la compétition est absente de leurs modalités de pratique, les Néo-Sportifs n'en demeurent pas moins assidus : 85 % pratiquent au moins deux fois par semaine. Et pour cause, l'activité physique est perçue comme un outil de gestion du vieillissement pour 75 %, au même titre que la nutrition. Ce duo « APS/nutrition » est, nous l'avons vu, une équation qui a trouvé un fort écho au sein des différents plans nationaux étudiés et des campagnes de prévention en découlant. Ils semblent également mieux informés sur le « bien vieillir » et près de 4 personnes sur 10 ont une opinion favorable vis-à-vis des dispositifs de prévention et 1/3 d'entre eux jugent cette notion stimulante pour leur propre pratique. Ce constat semble faire de ce parcours-type un profil réceptif aux politiques de prévention, dont ils sont la cible.

Pour autant, ces personnes âgées se satisfont peu de l'offre publique d'animations sportives et ne se retrouvent pas dans les clubs sportifs en dehors des structures spécialisées évoquées précédemment. Il faut reconnaître que le positionnement des clubs ne leur est pas majoritairement favorable. En effet, grâce à notre enquête réalisée auprès des clubs et associations sportives nous pouvons affirmer que les enfants et jeunes adultes sont une cible prioritaire sur les adultes et seniors. De la même façon, si les associations sportives accordent une place importante à la convivialité, 16 % seulement se sentent investies dans le ralentissement des effets négatifs du vieillissement. Et pour cause, leurs activités restent largement marquées par la pratique compétitive qui est proposée aux seniors dans plus de 4 clubs sur 10. Finalement, il existe un hiatus entre d'une part, des seniors qui souhaitent pratiquer une activité physique de loisir pour entretenir leur santé au sein d'un club où ils auront l'occasion de rencontrer d'autres seniors et d'être encadrés par un spécialiste et d'autre part, les clubs dont l'activité est fortement inscrite dans une tradition du sport coubertinien, éducatif et compétitif, et donc en décalage avec les attentes des seniors. Pour autant, il existe une réelle volonté d'intégrer les seniors puisque 88,7 % des clubs pensent qu'il est utile de développer la pratique des 60 ans ou plus, d'autant plus que les campagnes de subventions portées par le CNDS ont ouvert le champ des projets favorisant la pratique physique et sportive du public senior. C'est en ce point précis, les subventions, que l'action publique se cristallise et rencontre les volontés des seniors de ce profil-type. Cependant, le savoir-faire reste majoritairement cantonné à des fédérations spécialisées qui ont su trouver une réponse adaptée à leurs besoins. En effet, nous avons vu que les fédérations non spécialistes de la pratique senior doivent avant toutes choses former leurs encadrants à ce nouveau public et que des contraintes de divers ordres (liées au budget, aux sensibilités, aux moyens humains, etc.) se

dressent comme obstacles. Les Néo-Sportifs ayant trouvé du temps pour eux-mêmes s'orientent alors vers un sport permettant de développer un bien-être, même si cette pratique reste indépendante de la volonté de « bien vieillir », ils favorisent tout de même leur vieillissement en santé de par leur engagement physique.

Ce profil caractérisé par 8,8 % de la population enquêtée voit ses pratiques effectives s'inscrire au sein des dispositifs déployés par certains décideurs et opérateurs. EN effet, l'articulation de ceux-ci avec les attentes et les modalités de pratique de ces receveurs est caractérisée par certaines fédérations et clubs sportifs (ceux dispensant des APA et non uniquement des APS) mais aussi par les CCAS, via leurs modèles d'interventions. En outre, les clubs enquêtés qui voyaient leur action comme permettant un vieillissement en santé portent les valeurs qu'attendent ce profil type de pratiquants. Ils pourraient également satisfaire le profil suivant, cependant celui-ci leur préfère un autre type d'opérateur. Même si elles ne satisfont et ne correspondent qu'à 8,8 % des demandes, les actions de ces différents acteurs publics et privés associatifs sont nécessaires.

3. Les « Sport-Santé » : mise en mouvement similaire aux modèles des groupements associatifs spécialisés en APA et APAS

Le troisième profil rencontré est caractérisé par des personnes n'ayant pas de goût particulier pour l'activité physique mais qui pratiquent pour leur santé ou parce qu'on le leur a conseillé. Ainsi, la dimension hygiénique est prédominante, les notions de plaisir sont dépassées (ou non atteintes), et la pratique physique et sportive est perçue comme contraignante. En effet, contrairement aux autres parcours sportifs, la « *recherche de plaisir* » n'est pas une des trois principales motivations de la pratique physique et sportive pour les « Sport-Santé ».

Ce parcours sportif singulier corrèle avec les travaux d'Henaff-Pineau (2008) et de Feillet et Roncin (2006) sur deux points. Premièrement, pour ces seniors la retraite marque une phase d'amplification des pratiques physiques et « *constitue une étape privilégiée d'engagement ou de réengagement sportif* » et la recherche de bonne santé est l'un des premiers éléments déclencheurs de l'AP. Deuxièmement, les Sport-Santé perçoivent les APS comme un moyen de résister au vieillissement et de prendre conscience que le corps est encore susceptible d'être actif.

De plus, ces personnes ont le sentiment de moins profiter de la vie que les seniors des deux premiers profils (différence de près de 15 points), tout en rencontrant plus de difficultés dans la réalisation de tâches de la vie quotidienne, ce qui est directement lié à des soucis de santé. Travailler son corps pour vieillir en santé est ici une stratégie féminine. En effet, ce profil est majoritairement composé de femmes, de moins de 75 ans, ayant un niveau CEP/CAP/BEP (Tableau 16).

Âge	Âge moyen : 69,7 ans Les moins de 75 ans : 72,7 %¹⁶⁶
Sexe	Femmes : 74,5 % Hommes : 25,5 %
PCS	Artisans : 3,8 % Cadres et professions intellectuelles supérieures : 20,8 % Professions intermédiaires : 30,2 % Employés : 37,5 % Ouvriers : 7,5 %
Niveau d'étude	CEP/CAP/BEP : 44,2 % Baccalauréat : 25 % Supérieur au baccalauréat : 30,8 %
Situation personnelle	Célibataire : 11,1 % Concubinage : 1,9 % Marié(e) : 63 % Veuf(ve) : 24,1 %

Tableau 16 - Critères sociodémographiques des « Sport-Santé »

Les seniors de ce profil ont une culture sportive assez limitée, la majorité ayant pratiqué entre 3 et 5 ans seulement en club dans leur vie, contre 15 ans pour le profil « Sport-Passion ». Il est alors logique de constater que ces personnes n'éprouvent pas ou peu de plaisir. C'est d'ailleurs sur les

¹⁶⁶ Indicateurs en gras = spécificité des individus qui s'inscrivent dans ce parcours.

leviers « recherche de plaisir » et « activités ludiques » que l'INSERM insiste. Les clubs se montrent en ce sens réceptifs puisque pour eux, leurs principaux rôles sont d'abord de proposer une pratique conviviale aux 60 ans ou plus (27,5 %) et de divertir/donner du plaisir (21,7 %). Leur rôle au niveau du ralentissement des effets négatifs du vieillissement n'arrive ainsi qu'au second plan, ou plus exactement est envisagé comme une des conséquences d'une pratique sportive axée sur le plaisir et la dimension ludique. Ainsi, Monsieur Dupont, président et encadrant de l'association sportive « Marche Rando Breuillet » souhaite avant tout « *proposer une activité de marche, certes pour faire « marcher le corps et la tête », mais dans « une ambiance conviviale et décontractée »* »¹⁶⁷. Ce sentiment est partagé par d'autres acteurs interrogés, dont l'objectif est avant tout que les seniors « *se sentent mieux* »¹⁶⁸, dans une activité physique et sportive « *en toute détente, avec plaisir et sans pression* »¹⁶⁹, « *sans catégoriser ces personnes dans une catégorie « senior »* »¹⁷⁰. Nous pouvons ici noter que 89,3 % des répondants du parcours Sport-Santé pratiquent la marche/raandonnée. Comme le démontrent Burlot et Lefèvre (Burlot et Lefèvre, 2010), les seniors préfèrent des activités à dimension hygiéniste, favorisant la santé physique et psychologique. Le caractère « plein air » de la marche renvoie une image très positive, notamment en s'appuyant sur une représentation ancienne des effets de l'« air pur » et de l'oxygénation (Feillet, 2000). D'ailleurs ce sont des activités que prônent les médecins qui sont eux-mêmes engagés dans une activité d'entretien de soi (Henaff-Pineau, 2014).

Paradoxalement, ces seniors pratiquant pour leur santé sans réellement prendre de plaisir souhaitent davantage intensifier leurs activités (que ce soit en termes de nombre d'APS et/ou de fréquence) que les deux profils précédents. En revanche, nous pouvons noter que le panel d'activités de loisirs énumérées par ces répondants est, en comparaison, beaucoup moins large (11 activités citées contre 24 par les autres parcours). De plus, le panel de leurs pratiques

¹⁶⁷ Extrait d'entretien, André Dupont, Président et encadrant, Marche Rando Breuillet, 28/02/2014, Moulin des Muses, Breuillet.

¹⁶⁸ Extrait d'entretien, Pierre Elmassian-Changeat, Président et encadrant, Art'men, Magny-le-Hongre, 03/04/2014, Serris.

¹⁶⁹ Extrait d'entretien, Benoît Ponton, Président et ancien entraîneur, MLV Athlétisme, Noisiel, 02/05/2014, UPEM.

¹⁷⁰ Extrait d'entretien, Dominique Rolland, Président et encadrant, CAF MLV, Noisiel, 04/07/2014, Noisiel.

physiques effectives est aussi considérablement réduit (8 activités physiques pratiquées¹⁷¹). Concernant l'encadrement, 30,4 % d'entre eux souhaitent un encadrement collectif et 17,4 % préféreraient un encadrement à domicile, ce qui impacte l'offre sportive à proposer à ce public. Les éducateurs sportifs à domicile ont un secteur à prendre en ce sens, qu'ils soient rattachés au service des sports ou du CCAS de la commune en question ou bien travailleurs indépendants. Nous avons vu que les CCAS proposent des services à domicile, ainsi le détachement d'un ETAPS ou l'action des animateurs déjà en poste, pour de la gym douce comme c'est le cas dans la commune de Noisiel, pourraient investir ce champ et ainsi proposer un nouveau mode d'intervention. De plus, le secteur privé associatif s'est d'ores et déjà saisi de cette problématique à l'instar de Siel Bleu avec son programme Domisiel©. L'investissement de cet acteur du sport adapté caractérise une articulation pleine et entière entre le projet du groupement associatif et les attentes des seniors de ce profil-type. Ainsi, décideurs, opérateurs et receveurs forment une chaîne scellée par un dispositif d'action global qui épouse des parcours de vie individuels.

Nous pouvons souligner que 81,7 % des clubs sportifs n'engagent aucune action pour attirer ce type de public, engendrant notamment un manque de lisibilité de l'offre. En outre, certains clubs affiliés à des fédérations spécialistes de la pratique adaptée (FFEPGV, FFRS, FFRP, etc.) pourraient satisfaire les demandes des seniors préférant un encadrement collectif ; au même titre que les acteurs des mondes sociaux et sanitaires via leurs opérateurs de prédilections (ADAL, Siel Bleu par exemple).

Concernant les freins¹⁷² à l'intensification de la pratique, les Sport-Santé ont moins de motivation, moins d'énergie et souffrent plus du manque de partenaires que les autres personnes. En revanche, le manque de temps est moins cité comme rempart au développement de la pratique physique. Ces seniors semblent alors réellement dans la volonté de pratiquer une APS qui permet de dépasser la notion de santé pour atteindre celle du plaisir, via la motivation, l'énergie et la socialisation. Appuyant notre hypothèse, les Sport-Santé sont plus enclins à participer aux

¹⁷¹ Marche-randonnée, natation, vélo, danse, gymnastique, pétanque, pêche-chasse et golf.

¹⁷² Manque de motivation et d'énergie 35,9 % versus 7,9 % pour les autres parcours.

Manque de partenaires 23,1 % versus 12,7 % pour les autres parcours.

Manque de temps 25,6 % versus 42,4 % pour les autres parcours.

réunions festives destinées aux seniors de la commune (58,8 % versus 42,3 %) alors qu'ils font partie d'un club de la commune par rapport aux autres parcours (41,2 % versus 57,7 %).

Contrairement aux préjugés, les attentes de ce profil-type ne correspondent pas aux activités proposées par les clubs spécialistes des pratiques seniors, dites douces et pour lesquelles l'aspect sanitaire est pourtant important (clubs proposant de la marche nordique, du Tai Chi Chuan, etc.) que nous avons évoqué pour le profil précédent (les Néo-Sportifs). En effet, il est bien plus en adéquation avec les pratiques physiques que proposent les groupements associatifs tels que Siel Bleu et ADAL que relaye le PRIF, acteur pivot du monde de la santé et de la prévention du vieillissement par les APA et APAS. Ces activités sont parfois reprises en communes par les CCAS lorsqu'ils font appel à des opérateurs spécialisés (comme Siel Bleu ou ADAL) et leurs articulations demeurent essentielles car, en plus d'épouser un style de pratique pour 17,1 % de la population enquêtée, elles permettent la rencontre entre le projet politique municipal et les attentes de ce public cible. La généralisation de ce type de dispositifs en communes permet de réduire le fossé entre l'aspect globalisant des modèles et les pratiques nécessairement individuelles.

4. Les non-pratiquants : approche, sensibilisation et pratique envisageables via les modèles d'interventions des acteurs socio-sanitaires

Si l'usage de la pratique sportive est de plus en plus intégré dans les politiques de prévention qu'elles soient liées au vieillissement, à l'obésité, à la lutte contre les maladies chroniques, dégénératives ou tout simplement la sédentarité, les APS relèvent malgré tout d'un goût plus ou moins prononcé pour une pratique qui a une identité culturelle à laquelle toute la population ne peut adhérer, comme nous l'avons vu de nombreux critères la favorisent ou non. D'après notre enquête, les personnes non-pratiquantes représentent environ 20,4 % du panel interrogé. Cependant, le manque d'appétence pour les activités physiques ne permet pas de circonscrire l'ensemble des non-pratiquants. En effet, une partie significative de ceux-ci ont des ennuis de santé qui les contraignent au repos (31,9% disent ne pas pratiquer à cause d'une « *santé fragile* »).

Ce frein à la mise en mouvement peut être psychologique ou être le fruit de la méconnaissance des APA et APAS dont se saisissent un bon nombre de décideurs et d'opérateurs.

Au contraire des trois autres parcours précédemment analysés, ces sédentaires ne présentent pas de critères distinctifs d'un point de vue général (Tableau 17). Cette absence de singularité au premier abord s'explique par ce que nous venons de pointer : l'existence de deux sous-catégories au sein desquelles se dessineront alors des particularités. Elles sont donc représentées par les individus qui n'ont pas de goût pour l'activité physique et par ceux qui ont un profil sportif mais qui ont dû s'arrêter de pratiquer pour raisons de santé.

Âge	Âge moyen : 71,9 ans 60-69 ans : 35,7 % 70-79 ans : 48,2 % 80 et + : 16,1 %
Sexe	Femmes : 64,3 % Hommes : 35,7 %
PCS	Agriculteurs exploitants : 2 % Artisans : 7,8 % Cadres et professions intellectuelles supérieures : 21,6 % Professions intermédiaires : 21,6 % Employés : 25,5 % Ouvriers : 19,6 % Autres personnes sans activité professionnelle : 2 %
Niveau d'étude	CEP/CAP/BEP : 58,8 % Baccalauréat : 13,7 % Supérieur au baccalauréat : 27,5 %
Situation personnelle	Célibataire : 8,9 % Marié(e) : 57,1 % Veuf(ve) : 30,4 %

Tableau 17 - Critères sociodémographiques des non-pratiquants

Les individus qui n'ont pas de goûts pour les APS sont plus souvent des femmes (72 %), peu diplômés (73 % ont un diplôme inférieur au baccalauréat) issus des classes populaires (41 % d'anciens ouvriers), soit le profil inverse du profil dominant chez les « Sport-Passion ». De plus, cette sous-catégorie (non-pratiquants qui n'aiment pas les APS) n'a un vécu associatif que dans 11 % des cas.

À l'inverse, l'autre sous catégorie (non-pratiquants pour cause de santé fragile) est majoritairement masculine (56 %), avec un taux de « cadres et professions intellectuelles supérieures » supérieur à la moyenne (33 %) et un vécu associatif significatif pour 43,8 % d'entre eux. Nous aurions pu nous interroger sur le vécu et le ressenti de cette pratique, devenant probablement un rempart à la continuité de celle-ci dans tous les âges de la vie. Cependant, il ne semble pas être question de cela : ces individus se plaignent d'une santé fragile qui mute en frein au réengagement physique. Feillet (Feillet, 2000) a tout de même mis en évidence que les hommes sportifs ont plus de difficultés face au vieillissement puisque leur conscience de la baisse de leur niveau de performance est moins bien acceptée que chez les femmes de manière générale et les hommes peu sportifs. Sommes-nous face à des seniors qui vivent le paradoxe (Feillet, 1997) que peuvent engendrer la pratique d'APS ?

Quoi qu'il en soit, nous nous interrogeons aussi sur les pratiques sociales de ces non-pratiquants. Ce faible investissement dans les activités physiques est-il synonyme d'isolement social ou ces personnes ont-elles d'autres types de pratique ? Notre enquête aborde l'investissement dans l'ensemble des activités de loisirs sportifs et culturels. Force est de constater qu'il n'y a pas de transfert entre les différents types de pratique. Ces seniors sont investis de la même manière dans les autres activités : « *Je fais déjà ce que je veux, c'est-à-dire rien.* » (réponse d'un des enquêtés non-pratiquant). En revanche, nous avons, au cours des pages précédentes, souligné que l'AP est un puissant vecteur de socialisation mais aussi d'intégration dans la vie associative. Nous pouvons souligner dans ce sens que les non-pratiquants sont trois fois moins nombreux à faire partie d'une association que la moyenne. Cependant cette situation n'a pas d'incidence négative sur leur moral qui n'est pas moins bon que les autres profil-types. Leur situation les satisfait et ils la maintiennent en ayant recours aux services à la personne proposés par les collectivités tels que les aides ménagères ou le portage de repas à domicile. Ils gèrent également leur vieillissement d'une autre manière, en « *se ménageant* » (58,5 % d'entre eux) plutôt qu'en prévenant les risques d'une possible perte d'autonomie par des APS. Finalement, leur vie semble plus centrée sur eux-

mêmes ou leur foyer. Ce profil-type peut ainsi être rapproché des retraites « intimiste », « retranchée » et « abandon » de Delbès et Gaymu (Delbès et Gaymu, 2003) et des retraites « famille » et « retranchée » de Guillemard (Guillemard, 1972). Ainsi, les non-pratiquants sont plus tournés vers le réseau familial, contrairement aux sportifs qui se disent plus motivés par les relations sociales, que ce soit avec des retraités ou des personnes plus jeunes. En conséquence, ils n'ont pas été touchés par les orientations des politiques publiques qui prônent un vieillissement actif. Et pour cause, 77 % d'entre eux se déclarent insuffisamment renseignés sur le « bien vieillir » contre 50 % dans la totalité de notre population senior enquêtée. Néanmoins, si l'activité physique ne leur semble pas essentielle (elle a cédé la place au ménage qui est leur manière de préserver leur santé), la nutrition constitue l'une de leur préoccupation dans leur recherche d'un bien vieillir. Ceci étant, 28,6 % d'entre eux sont demandeurs d'informations sur le « bien vieillir ».

Pour les acteurs de l'offre, ce public reste à conquérir, il y a vraisemblablement un enjeu de communication sur l'APA et l'APAS. Or, 82 % des associations sportives déclarent ne pas mener d'actions particulières en leur direction. Si il faut admettre que certaines personnes ne développeront jamais un goût pour l'activité physique, il semble que l'adaptation de la pratique puisse offrir des possibilités. En effet, nous avons déjà évoqué précédemment que nombre d'associations sportives ont une activité qui reste orientée vers la compétition et très peu proposent des activités spécifiques pour les seniors. En effet, pour 81,2 % des clubs répondants l'offre de pratique est la même pour tous les publics alors que plus que les autres publics, les non-pratiquants ne peuvent envisager une activité basée sur le modèle sportif coubertinien. En outre, des non-pratiquants ont le désir de pratiquer, mais n'ont plus les moyens physiques d'assouvir celui-ci (Huraut, 2010), ce qui implique de leur proposer des APS adaptées à leurs demandes et attentes. Certaines communes (et même une association sportive sans fédération de rattachement)¹⁷³ ont ainsi saisi cette opportunité en faisant pratiquer les seniors grâce à des aménagements urbains favorisant un exercice physique. Ces aménagements urbains sont plébiscitées au niveau européen, notamment depuis le projet « Healthy Ageing » (Sweden et National Institute of Public Health, 2004) qui propose que les autorités locales, les praticiens, les départements et les régions créent les conditions pour que les personnes âgées aient une APS

¹⁷³ Magny-le-Hongre (77), Bussy-Saint-Georges (77), Breuillet (91), Noisiel (77), Association « Marche Rando Breuillet » de Breuillet (91).

régulière. Tout comme le PNAPS (Toussaint, 2008) qui appuie que la pratique des seniors n'est possible que si l'environnement global le permet. Dans cette lignée affirmée depuis 2002, l'écrit de l'OCDE de 2009 soutient également que des politiques peuvent encourager l'activité physique provoquant un renversement du déclin physique. Nous sommes témoins d'un basculement d'injonction passant de l'État à destination des seniors (« vous devez être actifs, c'est votre responsabilité ») à une injonction de la société toute entière à destination de l'État (« Tu [l'État] dois nous permettre d'être actifs »). Avec ce renversement de responsabilité, il est dorénavant clairement entre les mains des gouvernements européens de faire de leurs citoyens des citoyens sportifs ou actifs physiquement tout au long de leur vie afin d'avoir, par la suite des seniors en santé, avec tous les bienfaits que cela comporte pour une nation. L'idée que l'État doit opérer à la création d'un environnement propice à la pratique physique est défendue par Broussy, Aquino et Pinville, tous trois experts pour l'aide à la rédaction de la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement, dont Pinville est aussi le rapporteur. De plus, il semble que l'acteur incontournable qui est le PRIF peut, via ses appels à projets et ses opérateurs privilégiés que sont Siel Bleu et ADAI,, approcher, sensibiliser et faire pratiquer les seniors de ce parcours-type. Représentant la deuxième forme d'engagement corporel (sport-passion 50,9 %, non-pratiquants 20,4 %, sport-santé 17,1 %, néo-sportifs 8,8 %) la désarticulation d'avec les différents modèles d'interventions déployés au niveau local est prégnante. Ainsi, plusieurs rencontres pourraient avoir lieu. Tout d'abord, ces parcours de vie gagneraient à s'articuler avec les projets associatifs des clubs spécialisés en APA. Mais aussi avec les projets municipaux, qu'ils soient décidés par les CCAS ou les services des sports et qu'ils mettent en jeu les dispositifs liés aux aménagements urbains ou bien à l'offre directe d'APA. Enfin, La rencontre avec les modèles d'interventions mettant en jeu des APA ou bien des APAS pourrait se cristalliser autour de ces divers types d'actions déployées en commune.

Finalement chaque profil caractérise un opérateur et un mode d'intervention relevés précédemment, ainsi les modes d'interventions retrouvés et proposés localement semblent épouser les pratiques réelles des seniors autonomes, bien que les non-pratiquants ne saisissent aucun de ces modèles (malgré le fait que certains leur soient adaptés). Ainsi, les deux premiers parcours peuvent trouver réponses à leurs demandes au sein des clubs associatifs sportifs présents en commune mais aussi via des dispositifs dispensés par les CCAS et les services des sports. Les Sport-Passion sont particulièrement satisfaits par les clubs communément rencontrés, et plus particulièrement par les associations affiliées à la FFA et la FFN. Les Néo-sportifs sont quant à eux plutôt inscrits dans la démarche des clubs spécialisés pour la pratique senior, à savoir la FFEPGV, la FFRS, etc., ou encore des clubs proposant des pratiques orientées et identifiées comme impactant favorablement la santé comme le Tai Chi Chuan, la gym douce, etc. Mais ils le sont également dans les dispositifs déployés par les CCAS ou le service des sports de Roissy-en-Brie. Les Sport-Santé voient satisfaire leurs attentes via les modes d'interventions mis en place par le PRIF, repris par les CCAS et concrétisés par les opérateurs de terrains tels que Siel Bleu et ADAL. Les programmes, actions et APA/APAS de ces acteurs sont révélateurs de la particularité de l'investissement corporel de ce parcours. Enfin, le quatrième profil pourrait quant à lui être approché et sensibilisé par le PRIF, repris par les CCAS, pour ensuite inscrire leurs pratiques dans la même catégorie que celle du parcours précédent. Et dans de moindres proportions, ce dernier profil pourrait également se mettre en mouvement via les politiques d'activation physique générale mis en place par les services municipaux via l'aménagement des espaces communaux en ce sens.

Les personnes âgées ne sont en revanche pas toutes autonomes (8 % de la population senior est effectivement en situation de dépendance). Nous avons ainsi voulu interroger les pratiques physiques des personnes dépendantes car celle-ci permet de freiner, voire inverser, la perte d'autonomie.

b. Les plus de 60 ans dépendants : éclairage sur les personnes placées en EHPAD

Rappelons que les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Pour les accueillir et être financés par le Conseil Départemental et l'État, ces institutions doivent signer une convention tripartite de 5 ans avec le Département et l'État qui les obligent à respecter un cahier des charges et à avoir une démarche qualité, ce qui assure aux personnes âgées un accueil dans les meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de confort¹⁷⁴. Appelés communément « maisons de retraites médicalisées », les EHPAD sont l'ensemble des résidences accueillant des personnes dès 60 ans mettant en jeu une médicalisation. Ils sont soumis à l'aval du Président du Conseil Départemental et du Préfet de Département.

i. Caractéristiques générales des résidents enquêtés

Nous avons 79 seniors placés en institution qui ont répondu à notre enquête. Cet échantillon peut être jugé comme étant trop faible mais les conditions d'enquête ont été bien plus complexes que celles rencontrées lors de la passation des questionnaires auprès des seniors autonomes. Pourtant grandement raccourci, la passation du questionnaire à destination des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer a demandé environ une heure complète dédiée pour cet échange, parfois bien plus lorsque l'état du résident se dégradait en cours d'enquête.

Sans grande surprise, la majorité des répondants (77,2 %) sont des femmes. En effet, nous savons que les $\frac{3}{4}$ des personnes placées en institutions sont de sexe féminin (Prévot, 2009, p. 8). Concernant l'âge moyen des résidents, il est de 85 ans (Figure 3), le plus jeune pensionnaire a 61 ans et le plus vieux 100 ans. Sur ce critère précis aussi, notre échantillon est représentatif, car Prévot relève également que l'âge moyen dans les établissements pour personnes âgées, fin 2007, est de 84 ans et 9 mois.

Si nous nous intéressons aux tranches d'âge, nous remarquons que les 80-89 ans sont les plus représentés (46,2 %). Les 70-79 ans sont les moins nombreux et les plus 80 ans représentent plus de 82 % du panel total.

¹⁷⁴ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Cependant, notons que les 60-69 ans sont présents à hauteur de 10,3 %, ce qui est tout de même plus que les 70-79 ans. En revanche, les EHPAD enquêtés reçoivent des pensionnaires souffrant de démence et plus particulièrement ils prennent en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Les personnes âgées 60 à 69 ans au sein de ces résidences sont toutes classées en tant que « *démentes* » (terme professionnel utilisé par les directeurs d'établissements ainsi que le personnel), ce qui peut minimiser le fait que des personnes jeunes vivent en institution. Ainsi, elles le sont bien plus à cause de leur maladie que du fait de leur âge.

	Effectifs	Fréquence
60-69 ans	8	10,3%
70-79 ans	6	7,7%
80-89 ans	36	46,2%
90 et +	28	35,9%
Total	78	100,0%

Figure 3 - Tranches d'âge des résidents en EHPAD enquêtés

Concernant le niveau d'étude obtenu, un peu plus de 80% (81,7 %) ont un niveau CEP/BEP, 5 % ont le baccalauréat puis 13,3 % ont un niveau supérieur à celui-ci.

Leurs anciennes PCS¹⁷⁵ renvoient majoritairement à la catégorie n° 5 (Tableau 18), soit « employés », puis « agriculteurs exploitants » et « artisans, commerçants et chefs d'entreprise ». Nous avons, en revanche, très peu de femmes au foyer (catégorie n° 8), d'ouvriers (catégorie n° 6) et de cadres et professions intellectuelles supérieures (n° 3).

¹⁷⁵ Professions et catégories socioprofessionnelles.

Catégories socioprofessionnelles	Effectifs	Fréquence
1 – Agriculteurs exploitants	9	11,7 %
2 – Artisans, commerçants et chefs d’entreprise	9	11,7 %
3 – Cadres et professions intellectuelles supérieures	3	3,9 %
4 – Professions intermédiaires	7	9,1 %
5 - Employés	45	58,4 %
6 – Ouvriers	2	2,6 %
8 – Autres personnes sans activité professionnelle	2	2,6 %
Total	77	100 %

Tableau 18 - Anciennes PCS des résidents en EHPAD enquêtés

Au niveau de leur passé sportif, 59 % déclarent avoir été « *sportifs* » dans leur jeunesse (caractérisés par la réponse « oui » à la question « Étiez-vous sportif dans votre jeunesse ? »), en revanche, environ 9 personnes sur 10 ne pratiquaient pas en compétition (88,6 %).

Les activités pratiquées auparavant mettent au jour le tiercé cyclisme-gymnastique-athlétisme, viennent ensuite la marche et la natation (Tableau 19).

Activités	Effectifs	Fréquence
Cyclisme	21	43,8 %
Gymnastique	11	22,9 %
Athlétisme	11	22,9 %
Marche	10	20,8 %
Natation	9	18,8 %
Tennis	5	10,4 %
Autres	24	50,3 %
Total des réponses	91	189,90 %

Tableau 19 - Activités physiques antérieures Seniors EHPAD¹⁷⁶

¹⁷⁶ Interrogés : 79 / Répondants : 48 / Réponses : 91. Pourcentages calculés sur la base des répondants.

Concernant les pratiques actuelles des résidents, près de 8 pensionnaires sur 10 (79,5 %) participent aux activités qui sont proposées au sein de leur structure d'accueil. Les EHPAD proposent bien souvent des activités diverses et variées, comprenant parfois des AP. Ainsi, pour les EHPAD enquêtés, 100% d'entre eux proposent des activités, mais ce chiffre est bien évidemment biaisé parce que la télévision représente une activité et tous les établissements possèdent une salle télévisée. Près de 80 % des pensionnaires participent (Tableau 20) donc aux activités diverses de la structure, et le trio de tête est : télévision, jeux de société et activités physiques (Tableau 21). 35 résidents ont déclaré que leur établissement propose des AP et 97,1 % des établissements répondants en organisent effectivement. Nous pouvons alors nous demander comment la majorité des clubs enquêtés et certains comités départementaux ne parviennent pas à ouvrir les portes des EHPAD. En effet, au cours de l'enquête qualitative menée, les acteurs du monde sportif révélaient ne pas parvenir à intervenir en établissement. Or, si autant d'EHPAD proposent effectivement des AP/APA/APAS c'est que les partenariats se jouent dans une autre sphère que celle du monde sportif. En effet, le monde du sport adapté est bien plus enclin à pénétrer au sien de ces institutions via leurs partenariats structurants noués avec les acteurs socio-sanitaires.

Participation	Effectifs	Fréquence
Oui	62	79,5 %
Non	16	20,5 %
Total	78	100 %

Tableau 20 - Taux de participation aux activités diverses en EHPAD

Activités	Effectifs
Télévision	54
Jeux de société (cartes, scrabble, loto...)	41
Activités physiques (gymnastique, exercices physiques...)	35
Sorties	24
Chant-musique	21
Activités culturelles (lectures, exposés, théâtre, cinéma)	21
Ateliers mémoire	5
Jeux vidéos	3
Activités artistiques (peinture)	2
Jardinage	2
« Le goûter »	1
Total	209

Tableau 21 - Activités diverses proposées EHPAD¹⁷⁷

Les $\frac{3}{4}$ des pensionnaires sont satisfaits d'avoir des activités proposées, ce qui représentent 56 pensionnaires alors que 23 résidents ne le sont pas. Les « satisfaits » le sont car ces activités leur permettent de « *passer le temps* » et d' « *avoir du contact avec d'autres personnes* » (Tableau 22). Vient ensuite le fait d' « *entretenir ses capacités* » puis de « *changer d'environnement* ». Le fait d'entretenir ses capacités physiques et/ou intellectuelles n'est donc pas la première raison de participation à des activités mais la 3^{ème} sur les 5 proposées. Le fait de garder du contact avec les autres et de passer le temps sont les raisons principales. Ainsi, la sociabilité est davantage un critère de mise en mouvement. Ainsi, l'entrée par l'activité via le vecteur des liens sociaux est en adéquation avec les attentes des résidents en institution. Un travail sur l'approche des activités peut être entamé dans les EHPAD en ce sens.

¹⁷⁷ Interrogés : 79 / Répondants : 69.

Raisons évoquées	Effectifs	Fréquence
Cela me passe le temps	38	67,9 %
Cela me permet d'avoir du contact avec d'autres personnes	34	60,7 %
Cela entretient mes capacités	28	50,0 %
Cela me change d'environnement	16	28,6 %
Autres	6	10,7 %
Total / répondants	56	217,90 %

Tableau 22 - Raisons de la participation aux activités proposées par l'EHPAD¹⁷⁸

Quant à ceux qui ne sont pas satisfaits, c'est parce qu'ils n'aiment pas se retrouver avec d'autres pensionnaires (Tableau 23). La première raison de participation se retrouve ainsi être la première raison de non participation. Vient ensuite le fait que « *ce que l'on me propose ne me plaît pas* » puis de « *ne pas avoir assez d'énergie et de motivation* ». Le deuxième élément met alors en lumière le phénomène où il existe un décalage entre l'offre et la demande. Cependant, afin d'atténuer cette tension, cette réalité ne représente que 7 résidents sur les 79 répondants.

Raisons évoquées	Effectifs	Fréquence
Je n'aime pas me retrouver avec les autres pensionnaires	9	39,1 %
Ce que l'on me propose ne me plaît pas	7	30,4 %
Je n'ai pas assez d'énergie et de motivation	6	26,1 %
Autres	6	26,1 %
Les encadrants ne me conviennent pas	3	13,0 %
Je me trouve trop vieux	3	13,0 %
Je suis en trop mauvaise santé	2	8,7 %
Total / répondants	23	156,40 %

Tableau 23 - Raisons de la non participation aux activités proposées par l'EHPAD¹⁷⁹

¹⁷⁸ Interrogés : 79 / Répondants : 56 / Réponses : 122. Pourcentages calculés sur la base des répondants.

¹⁷⁹ Interrogés : 79 / Répondants : 23 / Réponses : 36. Pourcentages calculés sur la base des répondants.

- ii. La spécificité de leurs pratiques physiques : entre proposition de l'établissement et engagement du résident, la désarticulation entre l'offre et la demande

Concernant les AP, 8 établissements sur 10 nous ont indiqué être incités à organiser des AP, APA ou APAS et cette incitation vient autant du corps médical, paramédical que des pensionnaires eux-mêmes. Il y a ainsi une réelle demande des résidents, une réelle volonté de bouger physiquement en institution. Nous apprenons que 97,1 % des établissements en organisent. Les deux¹⁸⁰ EHPAD qui n'en organisent pas sont des petites structures (5^{ème} et 6^{ème} établissements ayant le moins de pensionnaires) : elles ont 27 et 36 résidents alors que la moyenne de l'échantillon est de 78 pensionnaires (le minimum étant de 17 et le maximum de 237 seniors). Cependant nous pouvons nous interroger sur la pratique effective des pensionnaires. La quasi totalité des structures propose des APS mais combien de résidents s'y adonnent ? Les APS proposées satisfont-elles les résidents ? Conviennent-elles aux choix, habitudes, demandes et attentes du public receveur ? Il apparaît que ce n'est pas le cas. En effet, 97,1 % des EHPAD proposent des APS mais seulement 53,8 % des seniors en EHPAD pratiquent effectivement une APS alors qu'un peu plus de 6 seniors sur 10 aiment faire des « exercices physiques » (63,6 %). Dix points d'écart qui cristallisent le fossé existant entre offre et demande.

Nous nous rendons compte que 6 pensionnaires en particulier aiment faire des exercices physiques mais qu'ils ne pratiquent pas les activités physiques proposées au sein de leur structure. Ces 6 personnes sont aussi celles qui disaient « *ce que l'on me propose ne me convient*

¹⁸⁰ EHPAD n° 3 : Savigny-sur-Orge, 27 pensionnaires de 62 à 98 ans, établissement public, non médicalisé, sans de personnel médical, 3 auxiliaires de vie/animateurs, 3 autres personnels, non incité à organiser des APS, pense utile d'en proposer, voit son rôle principal comme étant de proposer un lieu de vie accueillant et stimulant, l'état de santé de ses pensionnaires ne permet pas de d'organiser des APS, le frein majeur au non développement de l'organisation d'APS est le manque de moyen financier pour employer un intervenant. Il relie l'APS au fait de pouvoir entretenir les capacités physiques puis cognitives. Il aimerait faire des activités aquatiques en piscine et avoir le soutien des associations locales. C'est une petite structure au sein d'une ville urbaine de 37 092 habitants, du 91.

EHPAD n° 48 : Athis-Mons, établissement privé associatif, 36 pensionnaires de 75 à 96 ans. 1 personnel médical, 6 auxiliaires de vie/animateurs, 3 autres personnels. Pense l'APS utile mais a comme freins principaux le fait qu'en interne le personnel ne dispose pas des compétences nécessaires et le manque de moyens financiers pour employer un intervenant extérieur. Il aimerait proposer des exercices fonctionnels et avoir le soutien d'éducateurs sportifs de la municipalité ainsi qu'un partenariat avec d'autres EHPAD. C'est une petite structure au sein d'une ville urbaine de 30 644 habitants, du 91.

pas » (questionnaires n° 11, 17, 18, 56, 61, 66). Un seul résident (questionnaire n° 71) participe tout de même aux activités physiques, même si celles-ci lui déplaisent.

Ainsi, 2 résidents sur 10 (20,5 %) ne pratiquent aucune activité toutes confondues alors qu'environ 5 résidents sur 10 (46,2 %) ne pratiquent pas d'activités physiques. Un réel frein semble apparaître vis-à-vis de la pratique physique en institution. Peut-être cela est-ce dû à l'état physique et/ou mental des personnes concernées bien que de nombreuses activités adaptées existent en institution ? Ou bien au manque de formation du personnel intervenant comme nous l'ont relaté une directrice d'établissement et une psychomotricienne ? Nous avons vu que le monde sportif peine à intervenir en EHPAD, leur intervention ciblée et adaptée pourrait-elle lever ce frein ? Ou encore, ce constat peut mettre en jeu les questions liées à la sensibilisation aux bienfaits de l'AP (que ce soit auprès des résidents, du personnel et de la direction) quel que soit l'état de santé physique et/ou psychologique du public ?

Quoi qu'il en soit, les 2/3 des résidents anciens sportifs pratiquent actuellement dans leur EHPAD. Ainsi la culture sportive inculquée et reçue durant la vie active semble être un facteur déterminant de pratique, ou non-pratique, en institution. Le concept de parcours de vie constitue alors autant de poids que pour les seniors autonomes. Les principales raisons (Tableau 24) évoquées en cas de participation aux activités physiques proposées sont avant tout de « *prendre du plaisir, s'amuser* » et de « *se maintenir en forme* ». Les résidents ont alors intégré le fait que les activités physiques permettent de se faire plaisir tout en se maintenant en bonne forme. Si nous regroupons les réponses faisant écho aux dimensions « plaisir » ou « santé » (Tableau 25), nous nous rendons compte que l'objectif de santé est la première raison de pratique (51,5 %) suivi de l'objectif plaisir (36,2 %). Le plaisir personnel et social s'inscrivent ainsi juste après la dimension sanitaire. Ces nombreux pensionnaires pensent alors justement que le fait de pratiquer des activités physiques participe activement à leur bien-être et de fait, à leur bien vieillir. L'importance des critères de santé (« *avoir sa tête et ses jambes* ») a été relevé par Jaujou (2006, p. 57). Ils jouent un rôle important du point de vue de la présentation de soi. Les EHPAD sont des lieux, comme la société en général, où la bonne santé se lit sur les corps. Les pensionnaires plus autonomes que les autres sont en minorité et de fait forment une espèce d'élite aux qualités reconnues par les résidents, le personnel ou encore la direction (Ross, 1977) qui participe à l'organisation des repas, activités, etc.

Raisons évoquées	Effectifs	Fréquence
Prendre du plaisir, s'amuser	21	50,0 %
Se maintenir en forme	21	50,0 %
Améliorer votre santé	20	47,6 %
Résister au vieillissement et à la dépendance	18	42,9 %
Etre avec d'autres personnes	17	40,5 %
Etre bien dans sa tête	9	21,4 %
Pour conserver/arranger ses formes	8	19,0 %
Pour passer le temps	8	19,0 %
Progresser	4	9,5 %
Autres	4	9,5 %
Total / répondants	42	309,40 %

Tableau 24 - Raisons de la participation aux AP proposées¹⁸¹

Raisons regroupées	Effectifs	Fréquence
Objectif santé + physique	67	159,5 %
Objectif plaisir + social	47	111,9 %
Pour passer le temps	8	19,0 %
Progresser	4	9,5 %
Autres	4	9,5 %
Total / répondants	42	309,40 %

Tableau 25 - Raisons de la participation aux AP proposées / Regroupement objectifs de santé et de plaisir ¹⁸²

¹⁸¹ Interrogés : 79 / Répondants : 42 / Réponses : 130. Pourcentages calculés sur la base des répondants.

¹⁸² Interrogés : 79 / Répondants : 42 / Réponses : 130. Pourcentages calculés sur la base des répondants.

Les non-pratiquants (Tableau 26) évoquent avant toute chose l'absence de goût pour l'activité physique. La culture sportive de ces pensionnaires pourrait être la cause du désamour pour la pratique et c'est bel et bien le cas. 73,3 % des personnes ne pratiquant pas d'AP en EHPAD, par manque de goût pour celles-ci, n'ont jamais pratiqué auparavant.

Ensuite, le fait que ce qui est proposé est en décalage avec les goûts des résidents est cité un peu plus d'1 fois sur 5 (les pensionnaires souhaitent majoritairement faire des activités leur permettant une sortie de l'établissement : piscine, marche et vélo sont les AP les plus citées). De plus, l'état subjectif de la santé reste un frein. En effet, l'état de santé est la 3^{ème} raison de non participation (si l'on ôte la catégorie « autres »). Les grandes raisons de la non pratique physique en EHPAD font alors intervenir le fait de ne pas aimer les activités physiques en général, du décalage avec leurs attentes et ce qui est proposé et de s'estimer une santé trop fragile.

Cependant, les motifs de la non-pratique évoqués par les EHPAD eux-mêmes sont tout autres. En effet, le premier motif est un état de santé ou une incapacité du résident qui ne permet pas la participation aux APS proposées (35,6 %). Vient ensuite le manque de goût pour l'activité physique en général (25 %), le fait d'être peu attiré par les activités collectives (23,8 %) et le manque de goût pour les activités proposées (13,8 %). Nous pouvons ainsi nous interroger sur les motifs réels de la non pratique. En effet, les résidents invoquent en premier lieu le fait qu'ils n'aiment pas l'APS alors que les établissements disent qu'ils n'ont pas la santé le permettant. Les pensionnaires se voient-ils la face vis-à-vis de leur état de santé ? L'EHPAD bride-t-il la pratique par peur de risques pour des patients fragiles ou dépendants ? Ou encore les EHPAD évitent-ils consciemment ou inconsciemment le fossé entre offre et demande ?

Raisons évoquées	Fréquence
Vous n'aimez pas l'activité physique	41,7 %
Ce qui est proposée ne vous intéresse pas	22,2 %
Autres ¹⁸³	22,2 %
Santé fragile	16,7 %
Manque d'énergie	13,9 %
Rien ne vous est proposé	13,9 %
Contre-indication du corps médical	11,1 %
Crainte de se blesser	8,3 %
Manque de temps	2,8 %
Total / répondants	152,80 %

Tableau 26 - Raisons de la non participation aux AP proposées¹⁸⁴

7 résidents sur 10 apportent la précision qu'ils sont encadrés par un intervenant lors de ces activités physiques. Et cet encadrement remporte la grande satisfaction de la quasi totalité des participants (96 %), d'autant plus que la moitié des répondants (50,8 %) pensent que les activités physiques proposées leur sont suffisamment adaptées¹⁸⁵.

Les 2/3 des pensionnaires enquêtés ne souhaitent pas voir plus d'activité physique proposée au sein de leur EHPAD. Cependant, sur les 25 personnes souhaitant plus d'activités, 13 nous ont apporté la précision des disciplines qu'ils aimeraient voir organisées. Ils aimeraient avant tout aller à la piscine puis marcher et faire du vélo. Nous pouvons nous demander pourquoi les établissements rompent avec ce triptyque qui a le plus de succès. Celui-ci implique une sortie de la structure, ce qui peut complexifier le travail de l'institution et de son personnel, sans occulter les coûts que cela peut représenter. Prévot et Weber notent effectivement au sein de leurs travaux

¹⁸³ « Car il y a d'autres activités à ce moment. », « Je me repose après une vie active. », « Je me sens bien comme ça. », « Je ne veux pas être avec les autres. », « Je suis fatiguée par mon âge. », « Les activités collectives ne me conviennent pas. », « Paralyse des membres inférieurs, la kiné me prend beaucoup de temps. », « Parce que je veux faire de la compétition et gagner ! ».

¹⁸⁴ Interrogés : 79 / Répondants : 36 / Réponses : 55. Pourcentages calculés sur la base des répondants.

¹⁸⁵ 23,1 % pensent qu'elles ne le sont pas et 26,2 % ne savent pas.

que 3 résidents sur 10 aimeraient sortir davantage de l'établissement les recevant (Prévoit et Weber, 2010).

Pratiquement les 2/3 des résidents (64,9 %) ne sont pas poussés à pratiquer une activité physique. Lorsqu'ils le sont, le personnel médical (médecin, kinésithérapeute, etc.) est l'incitateur principal (43,9 %). Vient ensuite le personnel de l'institution (39 %). Notons que 4 résidents nous ont répondu « *Moi-même* » à la question « *Qui vous pousse à pratiquer une activité physique ?* ». Ces quatre résidentes sont d'anciennes danseuse, athlète, adepte du multisports (gymnastique, cyclisme, basketball, athlétisme, etc.) et nageuse-gymnaste en compétition.

La culture sportive de ces quatre femmes, tributaire de leurs parcours de vie, semble être impliquée dans le fait de se pousser à pratiquer une activité physique quel que soit l'âge et l'état physique et/ou mental. Ainsi, elles correspondraient au parcours des Sport-Passion si elles n'étaient pas en situation de dépendance.

c. Les freins aux pratiques : leviers d'actions

Les non-pratiquants ont fait resurgir des enquêtes quantitatives plusieurs freins à leur engagement dans une activité physique. Tout d'abord, certains seniors évoquent, non sans pudeur, le coût des transports et des activités elles-mêmes (qu'elles soient proposées par la commune ou en clubs). C'est en ce sens que certaines communes enquêtées proposent des services de « ramassage », non pas scolaire mais sportif, en minibus rendant possible l'accès à certaines infrastructures. C'est d'autant plus pertinent lorsque l'établissement sportif en question jouit des bénéfices (et des inconvénients) de l'intercommunalité (ainsi un certain nombre de communes voient l'équipement sportif construit sur une autre municipalité, contraignant à un déplacement plus conséquent) ou qu'il est excentré du centre-ville, comme c'est souvent le cas des piscines par exemple (et la natation et l'Aquagym© sont plébiscitées comme étant l'AP souhaitée en cas de mise en mouvement). Permettant d'illustrer nos propos, nous prendrons l'exemple des communes de Noisiel et Roissy-en-Brie qui proposent effectivement des navettes pour permettre à leurs seniors une certaine mobilité, et ce gratuitement. En outre, les communes font parfois intervenir des fonds propres afin de permettre une réduction, voire un paiement complet, sur le coût des

activités (le quotient familial est souvent utilisé comme indicateur). Nous avons vu en ce sens que la mairie de Roissy-en-Brie participe financièrement pour que l'École Municipale soit la plus accessible possible aux retraités, ou encore que le service des sports de Bussy-Saint-Georges réfléchit actuellement sur la possibilité de mettre en place des « coupons sports » pour favoriser l'adhésion des plus de 60 ans aux clubs de la ville.

De plus, l'état de la santé subjectif constitue un frein non négligeable à l'engagement corporel. Concernant les personnes dépendantes, 16,7 % des résidents en EHPAD s'estiment trop fragiles pour pouvoir se permettre de suivre les cours organisés au sein de la structure, et nous retrouvons également cette donnée subjective au sein de la catégorie des seniors autonomes, en première raison de non pratique. Alors que les bienfaits des AP sur une personne ayant une santé fragile, en mauvaise santé ou dépendante, ont été maintes fois démontrés.

Quant aux APS elles-mêmes, il semble intéressant pour les résidents que les structures puissent monter des partenariats avec les piscines, tout comme les services municipaux. Les activités aquatiques, en plus d'être plébiscitées par l'ensemble des catégories seniors précédemment étudiées, sont particulièrement pertinentes pour ce public par le bien-être¹⁸⁶ qu'elles procurent (physiquement et psychologiquement). Cependant, les contraintes budgétaires et l'absence de relations personnelles se dressent comme dysfonctionnement pour ce type d'intervention. La volonté de nouer des relations d'entente, des partenariats ou encore des projets conjoints et mutualisés est présente pour 60% des EHPAD. Ils aimeraient effectivement avoir des collaborations avec des associations locales ainsi que des partenariats avec d'autres EHPAD pour mettre en commun les moyens et la possibilité d'avoir une formation continue des personnels afin de disposer des compétences en interne pour dispenser des AP. Cette volonté de collaboration avec l'extérieur corrobore d'une part avec les recommandations émises par les professionnels des Alpes-Maritimes (Grenier et al., 2011) : « *Recommandation 20 : mutualiser les moyens d'animation entre établissement et autres structures en particulier au niveau du quartier et du territoire.* », et d'autre part avec les volontés de nombreux présidents de clubs, encadrants sportifs, comités départementaux sportifs et services des sports municipaux. En revanche, le

¹⁸⁶ Entre autres, le corps porté par l'eau devient instantanément moins douloureux, l'eau via les mouvements exécutés permet un hydro-massage favorisant circulation, raffermissement et détente musculaire et cognitive, enfin la sensation de légèreté procure une satisfaction psychologique. En outre, une activité en piscine inclut forcément une sortie du domicile ou de l'établissement d'hébergement, ce qui constitue l'une des attentes des seniors.

soutien des éducateurs sportifs de la municipalité n'est mentionné par les EHPAD que dans 13,6 % des cas alors que les services municipaux (aussi bien les services des sports que les CCAS enquêtés) sont favorables à faire intervenir leurs ETAPS dans les structures implantées sur le territoire mais trouvent portes closes, tout comme les associations sportives. Cette constatation est réelle car les EHPAD ne déclarent pas la municipalité comme une ressource d'éducateurs spécialisés, à tort. Cependant, sur les 66 structures répondantes, 56 sont d'accord de recevoir des étudiants de licence professionnelle STAPS option Santé et Vieillesse. Les portes de ces établissements sont alors ouvertes aux professionnels de l'activité physique adaptée liée aux domaines sociaux et sanitaires.

- d. Conclusion générale du chapitre : la rencontre effective entre les dispositifs d'interventions et la majorité des parcours de vie symbole de l'articulation entre décideurs, opérateurs et receveurs

Nous pouvons affirmer que les seniors, si différents soient-ils, connaissent les recommandations internationales (reprises au niveau français via ses campagnes de sensibilisation/information) sur le taux de pratique minimum pour être bénéfique sur la santé puisque les $\frac{3}{4}$ des personnes interrogées par l'INPES citent « *au moins 30 minutes par jour ou l'équivalent par semaine d'activité physique* » (Léon et Beck, 2014, p. 160-161). 75 % des seniors savent alors qu'ils doivent s'activer physiquement tous les jours, mais connaître les bons gestes n'exclut aucunement le fait de ne pas les mettre en application, et encore moins de les inscrire pleinement au sein de son quotidien. Ainsi, nous retrouvons un taux important de non-pratiquants (20,4 % chez les autonomes et 46,2 % pour les résidents en EHPAD).

Au sein de la catégorie des pratiquants autonomes se distinguent plusieurs profils. Tout d'abord les Sport-Passion (50,9 %) pour qui les APS font partie intégrante de leur vie, indépendamment du passage à la retraite. Ces seniors s'inscrivent pleinement théorie de la continuité (Atchley, 1989). Puis nous retrouvons les Néo-Sportifs (8,8 %) où l'inactivité professionnelle a permis l'engagement dans une APA/APAS. Ils font alors référence à la théorie de l'activité (École de Duke, années 1960). Quant aux Sport-Santé (17,1 %), ils sont contraints de pratiquer des APAS pour palier aux méfaits du temps.

Bien que la raison principale de la non-pratique en EHPAD soit l'absence de goût pour l'AP, le fossé entre l'offre et la demande est cité un peu plus d'1 fois sur 5. Les pratiquants en structures médicalisées représentent ainsi 53,8 % et l'objectif de santé est la première raison de pratique (51,5 %) suivi de l'objectif plaisir (36,2 %).

Le parcours de vie (sportif notamment) pèse ainsi énormément sur l'engagement physique (23,4 % n'ont jamais aimé l'activité physique et ne la pratiquent pas) comme le montre Henaff-Pineau (2008). Le sexe est, en outre, une variable importante, puisque 59,4 % des hommes « aiment l'activité physique depuis toujours et continuent de la pratiquer » contre 43,1 % des femmes, ce qui corrobore nombre d'études sur la question (Ulysse et Lesemann, 1997). Il en est de même pour la catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartenait l'individu (dans notre enquête 66,7 % des cadres « aiment l'activité physique depuis toujours et continuent de la pratiquer » ; contre 23,5 % pour les ouvriers). Ce sont aussi les cadres et les employés qui pratiquent une activité physique à des fins de santé même quand ils ne l'apprécient pas (15 % d'entre eux pour chaque groupe) alors que seuls 5 % des ouvriers le font. Ces corrélations entre pratique physique et milieu social font écho aux travaux quantitatifs portant sur la population sportive en général et la population des seniors en particulier (Burlot et Lefèvre, 2010 ; Truchot, 2005).

Le taux de pratique des personnes de plus de 60 ans reste encore aujourd'hui le moins élevé. Néanmoins, comme l'attestent l'ensemble des enquêtes nationales, ce taux est en constante augmentation, ce qui questionne l'offre existante au sein des clubs sportifs et des collectivités locales. Il est ainsi nécessaire de saisir et d'anticiper les besoins et attentes des seniors afin de leur proposer des pratiques physiques et sportives adaptées, fortement soutenues aux différentes échelles politiques. Les seniors pratiquent ainsi moins que les autres tranches d'âge, mais aussi différemment : peu ou pas de compétition, leur pratique est assidue et peu institutionnalisée, avec un portefeuille d'APS limité.

Nos résultats témoignent de l'impossibilité d'envisager une seule et unique pratique physique et sportive à destination des seniors. En effet, le parcours de vie (dont l'expérience dans le domaine sportif) impacte sur les modalités et les aspirations en termes de pratique physique et sportive. Il convient ainsi de multiplier l'offre en termes de choix d'AP et de formes de pratique.

Les modèles d'interventions globalisants, qui généralise des pratiques particulières, mis en place au sein des actions de prévention des effets du vieillissement favorisent l'établissement de catégories (Cantelli et Genard, 2007) et renvoie au danger de l'homogénéisation et de la

décontextualisation (Caradec, 1998). Les catégories telles que « personne âgée » ou « senior », ont des « *structures spécifiques et des propriétés de régularité et de prévisibilité dont sont dénués les individus eux-mêmes car ils sont volatils et imprévisibles* » (Desrosières, 2001, p. 114). En ce point précis réside toute la difficulté de la catégorisation que reprennent les politiques publiques. Néanmoins, quel que soit le profil, les clubs, les mairies ainsi que les seniors eux-mêmes ne veulent pas pratiquer sous une étiquette « sport senior » comme l'attestent plusieurs acteurs soutenant l'idée qu'il ne faut pas « *cloisonner les seniors dans une association ou une forme de pratique particulière* »¹⁸⁷, qu'il ne faut pas « *affubler le sport du terme de « senior »* »¹⁸⁸, ou tout simplement « *arrêter de dire que ce sont des « seniors »* »¹⁸⁹. Effectivement, si la pratique proposée en club est étiquetée (au sens propre) et identifiée comme étant un cours « sport senior », ne s'adressant alors qu'exclusivement au public senior, lesdits seniors n'iront pas. Bien que cette donnée dépende tout de même de l'âge et des profils comme l'a démontré Feillet au sein de ces divers travaux. Certains seniors ne se sentent pas « vieux » et ne veulent pas être qualifiés comme tels (Perrig-Chiello, 2001). Les clubs du 3^{ème} âge, par exemple, ne sont plus prisés par les retraités eux-mêmes et encore moins par les cadres moyens et supérieurs (Feillet, 1996, p. 84). Pour beaucoup ce club cristallise l'immobilité et la solitude engendrées par la vieillesse (Feillet, 1996, p. 174), synonyme d'un lieu pour des personnes à qui on ne veut pas ressembler. Certains retraités ne veulent pas être catalogués en tant que « personnes âgées » ; 11 % des seniors interrogés dans le cadre de notre enquête s'estiment « en amont » du processus de vieillissement et plus de la moitié n'aime pas se retrouver dans des groupes de personnes âgées pour leurs activités de loisir. De plus, la grande majorité de la population enquêtée se déclare en bonne ou très bonne santé (55,5 % de la population totale et 59,5 % pour les plus de 80 ans) et avec un bon ou un très bon moral (pour 83,5 % des personnes interrogées). Les individus en pleine santé ne se sentent d'ailleurs pas concernés par les recommandations concernant le vieillissement réussi : 63 % des personnes se situant « en amont » du processus de vieillissement ne reçoivent pas de conseils sur le « bien vieillir ». Ils refusent en outre toute forme de pratique physique qui les

¹⁸⁷ Extrait d'entretien avec J. Mikaélian, le 04/03/2014 à la mairie de Magny-le-Hongre.

¹⁸⁸ Extrait d'entretien avec D. Rolland, président et encadrant au club « CAF MLV », le 25/04/2014 à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée.

¹⁸⁹ Extrait d'entretien avec A. Dupont, président et encadrant à l'association sportive « Marche Rando Breuillet », le 04/02/2014, à la mairie de Breuillet.

stigmatiserait dans cette catégorie. Ainsi, l'important pour les acteurs de terrain est de ne pas cloisonner par tranches d'âge la pratique, évitant de stigmatiser une pratique en fonction du public qui y prend part. L'idée est belle et bien de déconstruire cette notion d'âge, de faire du sport, de l'AP, des APA ou encore des APAS et non pas du sport senior. Les créneaux mixtes (en terme de tranches d'âge) semblent préférentiels, ce qui valorise par là même la culture du lien intergénérationnel, reconnu comme agissant, au même titre que les AP et l'alimentation, de manière significative et bénéfique sur un vieillissement en santé.

De plus, concernant la pratique des AP, l'âge n'est pas toujours une catégorie pertinente selon notre enquête. Les individus qui pratiquent ont un âge moyen de 70,7 ans ; les non pratiquants de 71,9 ans. L'écart est faible, d'autant plus que les fourchettes d'âges sont très importantes (les répondants ont entre 60 et 92 ans, l'écart type est de 7,63). L'engagement dans la pratique des AP dépend étroitement d'un critère subjectif, de la manière dont on se situe dans le processus du vieillissement et de son passé sportif comme le montre Henaff-Pineau (Henaff-Pineau, 2008) au travers de ses parcours de sportifs seniors notamment celui qu'elle qualifie de « *continu et engagé depuis la jeunesse* ».

Inscrire les bonnes pratiques dans les parcours de vie implique, comme nous l'avons explicité, une véritable anticipation en les y intégrant le plus tôt possible d'une part et un décloisonnement des segmentations des cycles de vie d'autre part.

Seuls les projets des EHPAD manquent de coordination avec les projets associatifs et/ou municipaux afin de répondre aux attentes et aux spécificités des parcours de vie rencontrés.

Cependant, les dispositifs d'actions déployés par les décideurs et opérationnalisés par les concrétiseurs épousent majoritairement les parcours de vie des receveurs. En effet, 51 % des seniors enquêtés bénéficient des actions traditionnelles des CCAS, 4 seniors sur 10 appartient au club des aînés de sa commune (qu'il soit privé associatif ou bien communal), 50,9 % voient satisfaire son désir de pratique physique et sportive au sein de clubs sportifs via la pratique d'APS, 8,8 % découvrent les APA (parfois les APAS) via les modèles d'actions dispensés par les CCAS, les services des sports et les associations sportives (identifiées comme étant spécialisées ou non en APA mais qui en proposent tout de même) et enfin 17,1 % se retrouvent au sein modes d'interventions tenus par les acteurs socio-sanitaires (PRIF puis CCAS) et les acteurs du sport adapté (APA et APAS). Pour terminer, les 20,4 % de non-pratiquants auraient la possibilité de rencontrer les modèles qui épousent les pratiques des Sport-Santé cités ci-dessus. Notons que les

non-pratiquants renvoient, au même titre que les Sport-Passion à la théorie de la continuité (Atchley, 1989). À la différence que ceux-ci exposent la valence négative de l'inscription dans les schémas de cette théorie, avec la poursuite des habitudes de vie : celle de ne pas pratiquer d'AP.

La caractérisation de ces différents profils permet avant tout de mettre au jour une réalité qui fonctionne : la multitude de dispositifs permet de satisfaire le plus grand nombre de seniors. Ainsi, la diversification est bien gage de satisfaction et de rencontre entre les décideurs, les opérateurs et les receveurs de l'action publique.

Conclusion

Pour conclure, concernant la place des AP, nous commencerons par mettre en avant d'une part le constat de l'existence d'un décalage entre prescriptions gouvernementales et/ou extranationales et réalités des dispositifs de prévention déployés, plutôt révélateur de la faiblesse des initiatives locales.

D'autre part, la fragmentation des actions sera mise en exergue face aux anecdotiques articulations/coordinations relevées sur le terrain d'enquête.

Puis, nous pointerons la difficulté du domaine sportif, dont les outils d'intervention majoritaires sont les AP et les APS, à se faire une place au sein de la prévention du vieillissement, sphère au sein de laquelle les caisses de retraite pèseront de plus en plus ; d'autant qu'elles font majoritairement appel à des opérateurs qui usent des APA.

Ainsi, les différentes conceptions de l'AP sont déterminantes car il s'y joue des conséquences importantes pour la revendication de domaines de compétences et de savoir-faire propre en fonction des AP dispensées.

Enfin, nous nous proposerons de livrer des dispositifs innovants en matière de prévention du vieillissement qui ont échappé à notre travail par le fait que le terrain d'enquête était non couvert par ceux-ci.

Pour commencer, nous avons fait **le constat d'un décalage entre d'une part les prescriptions d'AP dans les textes des politiques de prévention du vieillissement et la faiblesse des initiatives locales**. Nous tenons tout d'abord à souligner que ce décalage est normal dans le sens où il ne peut y avoir de reproduction telle quelle. Cependant, les incitations trouvent encore peu d'échos dans leur concrétisation, même si un mouvement se dessine fébrilement (comme en atteste des indicateurs forts comme le projet de loi sur les prescriptions médicales ou encore la mise en place des Conférences de financeurs suite à la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement).

En effet, au sein des textes institutionnels et des écrits extra-gouvernementaux la prévention et ses objectifs font consensus ; elle est effectivement devenue un référentiel d'action publique (Argoud, 2012 ; Bouquet, 2005, p. 9). Nous avons vu que les AP trouvent une place de choix au

sein des politiques préventives relatives au vieillissement de la population, grâce à la fois aux avancées scientifiques faites dans le domaine (surtout réalisées par les autorités sanitaires américaines), à leur diffusion massive par de grandes organisations (à savoir l’OMS et l’ONU) et à leur reprise par les instituts français en charge de la recherche médicale et de l’éducation à la santé (l’INSERM et l’INPES). Ces textes ont évolué vers une précision des recommandations et une prise en compte des différents publics, ainsi, les AP (en termes de type, de fréquence, de durée, etc.) sont présentes dans de nombreux plans, rapports et projets de loi en France. En revanche la mise en œuvre de cette politique gérontologique préventive, via des dispositifs intégrant les AP, reste partielle. En effet, nous avons relevé la faiblesse des initiatives locales alors que c’est bien au niveau des collectivités territoriales que la prévention et sa mise en œuvre effective se jouent. La bonne conduite et la réalisation des directives nationales sont, de plus, tributaires des acteurs de terrain et de leur capacité. De surcroît, les régions, les départements ainsi que les communes mettent en jeu leurs propres politiques publiques, et celles-ci ont autant de poids que les injonctions nationales (Lascoumes et Le Galès, 2012, p. 36) ; ce qui impacte considérablement la place des AP au sein des politiques préventives locales si les priorités territoriales sont plus ouvertes à d’autres thématiques et/ou outils.

Nous avons effectivement relevé une certaine disparité à l’échelle communale. Ainsi, les dispositifs articulant prévention du vieillissement et AP restent timides. Les services municipaux (des personnes âgées et des sports) ne proposent que rarement des actions en ce sens et lorsqu’ils le font, la désarticulation est prégnante ainsi que les fonctionnements en vases clos : le CCAS ne se coordonne pas avec le service des sports et vice-versa. Quant aux associations sportives présentes en municipalités, elles sont pour la grande majorité d’entre elles ouvertes à tout public et accueillent donc (sur le papier) les seniors désireux de s’engager physiquement. Ainsi, elles proposent la plupart du temps des activités ou des créneaux spécifiques à ce public. Le frein majeur dans ce cas de figure précis est la désarticulation avec d’une part la mairie (que ce soit avec le service des sports ou le CCAS) et d’autre part avec les clubs des aînés (qu’ils soient privés ou publics). Ce qui cloisonne les dispositifs mis en place par les associations sportives.

Ce qui nous permet de dire que lorsque des dispositifs de prévention du vieillissement, avec les AP comme outil principal, sont mis en place en localité, ceux-ci se révèlent désarticulés, que se soit entre les acteurs eux-mêmes ou avec les autres échelles d’intervention, sauf pour le cas des

associations qui reçoivent des subventions via les organes déconcentrés du ministère de la jeunesse et des sports (DRJSCS et DDJSCS qui redistribuent les fonds du CNDS). Outre l'articulation due à un système de financement par subventions, les articulations s'arrêtent là.

Or, la prévention se dessine en majeure partie au niveau local. Cependant, les actions des collectivités territoriales (qui ont les compétences de définition et de mise en œuvre des politiques liées au vieillissement) sont multiples, multiformes. Ce qui met au jour l'effective **fragmentation des actions**. Celle-ci est tributaire de la multiplication de dispositifs de prévention et ne se détache pas des problèmes d'articulation entre les acteurs et les différentes échelles d'intervention. C'est d'ailleurs même le cas au Québec (Rochman et Tremblay, 2010), ville pourtant pionnière des dispositifs VADA et surtout souvent citée comme municipalité exemplaire en termes de prévention du vieillissement. La fragmentation (Frossard, 2009 ; Henrard et Vedel, 2003 ; Trouvé et al., 2010) semble alors inévitable, cependant elle permet par là même de convenir à un plus grand nombre de parcours de vie car elle engendre également une diversité des dispositifs.

En revanche, au sein de ce tissu complexe et du maillage pluriel en territoire, nous avons pu relever quelques **tentatives de coordinations**. Trois au total : la première, d'envergure régionale, est issue des caisses de retraite, la seconde articule un service des sports, un CCAS ainsi que deux associations sportives et enfin la troisième et dernière coordination relevée fait intervenir directement un service des sports et indirectement les associations sportives de la ville concernée. La première articulation met en scène le domaine sanitaire et le milieu des APA, les deux autres font intervenir la municipalité et le domaine sportif et utilisent les AP.

Ainsi, les caisses de retraite proposent dorénavant une politique interrégime au sein de laquelle sont plébiscités, et largement soutenus, des dispositifs de prévention du vieillissement par les APA. Des partenariats (souvent historiques) sont noués et des APA sont dispensées aux seniors en territoire, via des ateliers. Ces ateliers sont la forme d'intervention privilégiée des caisses de retraite. Ce modèle d'action pourrait être discuté en terme d'efficacité bien que des évaluations aient été menées. En effet, les impacts des ateliers ont été publiés au sein d'un rapport par le PRIF lui-même. Mais celui-ci est-il vraiment objectif ? La question peut légitimement se poser dans la mesure où les évaluateurs et les rédacteurs du rapport sont tous partie prenante dans les

ateliers, quels qu'ils soient. De plus, une partie des résultats tient aux déclarations des seniors eux-mêmes.

En municipalités, nous avons mis au jour une articulation entre les trois acteurs phares de la prévention : service des sports, CCAS et associations sportives. Coordonnés pour une semaine spécifique (la Semaine Bleue), ils mettent en place un dispositif d'intervention où les seniors de la commune sont encouragés à pratiquer une AP (randonnée pédestre et pétanque en l'occurrence) où chacun des opérateurs mobilisent ses compétences propres autour de la même question et du même objectif : celui de la prévention du vieillissement. En revanche, ce modèle d'intervention ne s'inscrit pas dans la durée, comme la prévention le sous-entend, et nous ne pouvons que relever le caractère bref de ce dispositif.

Enfin, un service des sports propose des AP et des APA aux seniors de la collectivité avec comme objectif la poursuite de l'activité de prédilection en club. Original dans le sens où c'est la seule commune qui propose un tel service à l'année, ce dispositif n'en reste néanmoins pas coordonné avec le CCAS. De plus, ce dispositif d'intervention n'a pas permis le décloisonnement des actions ne s'étant pas articulé avec d'autres acteurs, il reste alors uniquement cantonné au domaine sportif (service des sports et *a priori* associations sportives de la commune). En revanche, ce service des sports a su faire preuve de capacités d'innovation au regard de la politique gérontologique locale.

Ces tentatives de coordination sont des systèmes d'action originaux qui mettent en lumière toute la force des « *intermédiaires* » (Moulaert, 2013). C'est-à-dire que la prévention du vieillissement par les AP n'est pas traitée uniquement par le « haut » ou le « bas » mais bien par le « milieu ». Cette ligne médiane est donc cristallisée par les intermédiaires, dont le projet VADA en est la plus concrète réalisation. Liant plusieurs champs et domaines de compétences, ils permettent ainsi d'articuler les dispositifs autour de la même volonté, celle d'agir en faveur d'un vieillissement en santé avec comme outil les AP.

L'une des autres tensions réside ici dans le fait que les caisses de retraite nouent des partenariats forts avec certains opérateurs (type Siel Bleu, ADAL ou FFEPGV) ; ceux qui ont légitimé leurs compétences et savoir-faire dans le domaine exclusif des APA. Constat qui nous permet de poursuivre avec deux idées distinctes mais fortement corrélées.

La première est qu'une partie du **domaine sportif a des difficultés à trouver une place** au sein des dispositifs de prévention du vieillissement par les AP. En effet, nous avons vu que les fédérations affinitaires et multisports (type FNSMR, UFOLEP), et *a fortiori* leurs clubs, ont du mal à peser dans la balance des opérateurs légitimes car la grande majorité de la place accordée est occupée par les fédérations unisports compétitives qui ont les ressources nécessaires afin de satisfaire à la logique de projet imposée par les campagnes de subventions CNDS. De plus, elles sont les acteurs privilégiés des DRJSCS, DDJSCS, CROS et CDOS avec qui elles nouent des partenariats très forts ; au contraire des autres fédérations. Cependant, certaines fédérations affinitaires et multisports ont réussi une percée dans cette bulle d'opérateurs privilégiés : celles qui sont d'ores et déjà connues et reconnues. L'exemple par excellence est la FFEPGV qui dès les années 1990 se développe autour des questions de la santé et du vieillissement (Lebecq, Morales, Saint-Martin, Travailot, 2013). La reconnaissance et la légitimité de cette fédération a été nourrie par la création, le développement et le déploiement de programmes labélisés spécifiques.

Par exemple, la FFEPGV a développé et labellisé des programmes d'APA (Actigym'Senior®, Gymmémoire®, Gym'équilibre® et Gym'autonomie®) qui font dorénavant légion dans le domaine, répondant par la même à une logique marketing forte. Ce qui induit le fait que certains décideurs sont amenés à faire appel à elle pour justement mettre en place ces dispositifs de prévention pour lesquels la fédération a spécifiquement formé en interne ses intervenants.

Ainsi, des fédérations ayant un territoire d'action qui se dessine entre les fédérations affinitaires multisports et les fédérations unisports compétitives tendent elles aussi à mettre en place des programmes, des formations et des licences spécifiques (comme c'est le cas, par exemple, pour la Retraite Sportive avec son « *Sport-Senior-Santé*® » et pour l'Escrime avec « *Activ'Escrime* » et « *Escrime Santé* »). Cette revendication permise via l'outil de la labellisation leur donnant à leur tour une certaine légitimité institutionnelle et donc d'action. De plus, le mouvement sportif se trouve être stimulé par cette tendance. Récemment des fédérations unisports compétitives ont effectivement ouvert des branches internes pour le développement d'un sport santé (avec des licences spécifiques, des formations pour les encadrants, de nouvelles activités, etc.).

En outre, le domaine sportif n'est pas évincé *de facto* par les décideurs de dispositifs comme les caisses de retraite, mais les opérateurs ayant réussi à légitimer institutionnellement leur territoire d'intervention en APA leur sont préférés. Ce qui nous conduit à la deuxième idée.

Celle-ci réside dans le fait que les **différentes conceptions de l'AP** engendrent la délimitation de domaines de compétences et de champs d'actions légitimés différents. Ainsi, il y a des intervenants formés par les STAPS, d'autres par le ministère de la jeunesse et des sports, mais aussi par les réseaux sport santé déployés en régions ; et ceux-ci entrent en concurrence. Concernant les dispositifs mis en place par les organismes de retraite et les systèmes de santé, comment les intervenants se construisent une identité professionnelle ? Mais surtout comment sont-ils légitimés par le corps de métier qui les sélectionne comme opérateurs ? Il y a des alliances fortes qui existent entre le monde sanitaire et les enseignants en APA (Perrin, 2016). Ces alliances prennent la forme d'articulations qui permettent ainsi de légitimer les actions. La légitimité des interventions de l'enseignant en APA vient, outre de sa formation, de l'association avec le milieu de la santé. Au départ, ces encadrants sont arrivés dans un milieu incertain, avec une identité incertaine mais ces incertitudes ont, toutes inconfortables soient-elles, permis la création d'espaces particuliers d'innovation où le « tout hospitalier » a été décroisé avec l'arrivée des enseignants en APA dans le champ d'action. Les APA ont été légitimées institutionnellement via d'une part les premiers encadrants qui sont intervenus auprès des diabétiques et d'autre part par le PNAPS qui les a d'abord défini puis proclamé comme encadrants privilégiés, ce qui a impacté les politiques suivantes. Mis à part pour les PSSB, au sein desquels les enseignants en APA ont été évincés (Perrin, 2016). Co-pilotées par les ARS et les DRJSCS, ce sont les professionnels des APS (et plus spécifiquement du sport santé) qui ont été entendus comme les représentants légitimes. Les APA et leurs enseignants se situent alors entre les territoires paramédicaux et sportifs (Perrin, 2016).

Finalement, en fonction de la nature des décideurs, les opérateurs ne seront pas les mêmes. Ainsi, dès que le milieu sanitaire intervient, ce sont les APA qui se dessinent comme pratique (et encadrants) légitimes, et dès que le milieu sportif décide d'un dispositif, ce sont les APS (et leurs encadrants) qui en sont les opérateurs. Une lutte féroce se dessine comme en atteste les discussions autour du décret d'application de la loi de santé.

Pour finir, nous avons relevé un certain nombre de **dispositifs innovants** en matière de prévention du vieillissement, en France ou à l'étranger, qui mêlent les AP, qu'elles quelles soient (AP, daily routines, espaces temps actifs, etc.).

- Tout d'abord, le principe des jardins communautaires qui pourrait effectivement être un outil à la prévention du vieillissement où les AP sont pratiquées, ici plutôt pensées en terme d'activités de la vie de tous les jours. Ces jardins sont nés à New-York au début des années 1970 sous le nom de « *community gardens* ». En France, le premier jardin a été créé à Lille en 1997. 31 jardins ont été installés en région Nord-Pas-de-Calais en 2013 et Paris se voit dotés d'une multitude de jardins partagés. Il y en a deux dans le 77 (un à Torcy et l'autre à Saacy-sur-Marne) et deux dans le 91 (un à Evry et l'autre à Saulx-les-Chartreux)¹⁹⁰. Ces jardins peuvent être ouverts à tous ou bien il pourrait y avoir des systèmes de parcelles individuelles gérées par les personnes âgées et/ou leur famille (renforcement des liens familiaux renforcés). Ces jardins pourraient prendre place en EHPAD, ou bien sur des parcelles agricoles louées par la commune ou encore sur des terrains vagues. Les personnes âgées pourraient conserver et améliorer leurs fonctions cognitives, physiques et leurs liens social et intergénérationnel via ces dispositifs de prévention.
- Ensuite, les « Health Coachs ». Ces coachs en santé (différents des « *coachs athlé santé* » de la FFA dont le domaine de compétences reste cantonné à quatre activités¹⁹¹) ont vu le jour en Suède grâce à « *l'année européenne de la politique active des âges et de la solidarité entre les générations* » en 2012. Fort d'un investissement de 45 millions de couronnes (plus de cinq millions d'euros) sur trois ans, le gouvernement a impulsé un programme de promotion de la santé pour les personnes âgées où des coachs sont mis à disposition. Initié par l'Institut national de la santé publique, ce dispositif a été expérimenté dans 17 communes et quatre régions suédoises. 34 encadrants ont ainsi été spécifiquement formés (issus majoritairement du monde médical) et ont encadré 2 000 seniors. Pour entrer dans le programme, les personnes doivent avoir entre 60 et 75 ans et

¹⁹⁰ <http://jardinons-ensemble.org/>

¹⁹¹ La marche nordique, l'accompagnement running, la condition physique et la remise en forme.

un problème médical avéré sans traitement médicamenteux (diabète de type II, obésité, hypertension artérielle, symptômes dépressifs, etc.). Suite aux résultats encourageants de ce programme, le gouvernement envisage une généralisation du dispositif.

- *Go4Life* quant à lui répond à la volonté de fournir aux seniors des programmes d'AP clefs en main. Ce dispositif a été développé aux Etats-Unis, par le National Institute of Ageing, via une vaste campagne de promotion de l'AP auprès des personnes âgées de plus de 50 ans, en 2011. Ce dispositif s'étend sur l'ensemble du territoire américain, il apporte de connaissances scientifiques quant aux bienfaits de la pratique physique à tout âge (l'institut a effectivement fait la démarche de penser que si les personnes concernées ont connaissance des données scientifiques prouvant l'efficacité de l'AP pour un vieillissement en santé, elles seront d'autant plus motivées) et surtout, Go4Life distribue des supports de communications gratuits (livrets et DVD) qui contiennent une série d'exercices, à faire chez soi et sans équipement particulier, faisant travailler les grandes fonctions indispensables à la prévention (à savoir l'endurance, l'équilibre, la force et la souplesse). Une ligne téléphonique a également été ouverte pour apporter compléments d'informations et conseils au besoin.

- Le quatrième et dernier dispositif innovant nous vient du Japon et de l'Île de la Réunion. Ces deux îles proposent une compétition qui couvre l'ensemble de leur territoire (envergure nationale pour le Japon et régionale pour la Réunion) spécifique aux 60 ans et plus. Ainsi, au Japon, est organisé depuis 1988 un rassemblement multisports exclusivement dédié aux seniors appelé « *Nenrinpikku* ». Cette compétition nationale peut s'apparenter à un « festival » ou une manifestation car y sont associés des événements culturels (musicaux et artistiques) mais aussi des conférences portant sur des thématiques de santé publique. La partie sportive a rassemblé environ 10 000 compétiteurs alors que sur le festival, en 2011, étant présentes 500 000 personnes.

La Réunion a quant à elle mis en place un dispositif de prévention du vieillissement par les AP via « *Le Challenge des Seniors* », action créée en 2011, qui consiste à la réalisation de défis physiques et sportifs sur une journée. Les partenaires impliqués sont les 24 communes de l'Île (avec la volonté de pouvoir y intégrer également les EHPAD

demandeurs), la Région Réunion, l'ARS OI (Océan Indien), le CROMS Sport pour tous (Comité Régional des Offices Municipaux du Sport) et le Groupe CRC (cotisations retraite complémentaire). L'objectif de ce rassemblement est de promouvoir l'APAS auprès des seniors autonomes mais aussi des malades chroniques. Le public cible du dispositif est les personnes sédentaires et non-inscrites dans un club proposant des AP. L'action consiste à l'organisation de la « *Journée Challenge* » avec donc un défi intercommunes, où se joue une confrontation physique et sportive entre les villes ; qui sont représentées par une équipe de dix seniors (plus deux remplaçants). Lors de l'édition de 2014, la personne la plus âgée avait 88 ans et la Journée a rassemblé 2 500 participants. L'objectif principal de ce dispositif est la poursuite des AP toute l'année. Ce but se cristallise autour du sous-dispositif « *Sport santé seniors 974* ». Via celui-ci des séances d'APAS sont dispensées une à deux fois par semaine, toute l'année, et ce dans les 24 communes que compte l'Île.

L'ensemble des dispositifs cité ci-dessus permet de créer de l'emploi, de valoriser l'image de du porteur de celui-ci (que ce soit des collectivités territoriales, des associations, des acteurs privés ou publics, etc.), de resserrer les liens intergénérationnels et sociaux si important au pacte social du « vivre ensemble », d'accroître le sentiment d'appartenance des seniors mais aussi de favoriser l'articulation entre les différents acteurs agissant dans le champ du vieillissement et de sa prévention. Sans oublier la mise en mouvement indispensable à un vieillissement en santé.

La personne âgée cesserait alors peut-être de véhiculer, à tort, une image négative parce que :

« *L'âge est une grâce qu'il faut mériter et non un poids qui nous écrase.* »,

Jacques de Bourbon, comte de Busset,
dit Jacques de Bourbon-Busset, membre de l'Académie française.

Bibliographie

ACSM K.W., HUMPHREY R.H., BRYANT C.X., MAHLER D.A., 2010, *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ALLAGNAT V., 1996, « L'offre de services aux personnes âgées : l'exemple de la bibliothèque municipale de la Part-Dieu »,.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1975, *Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription*, Lea & Febiger.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1978, « The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. », *10*, p. vii - x.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE., 1998, « Exercise and physical activity for older adults », *30*, p. 975-991.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2014, « The Basics of Personal Training for Seniors »,.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, ET AL., 1995, « ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 1995 », *Williams & Wilkins, Media, PA. disease: Importance of identifying the population at risk. Vascular Medicine*, 2, 3, p. 221-226.

AMERICAN HEART ASSOCIATION COMMITTEE ON EXERCISE, 1972, *Exercise testing and training of apparently healthy individuals: a handbook for physicians*, American Heart Assoc.

AQUATIAS S., ARNAL J.-F., RIVIERE D., BILARD J., CALLEDE J.-P., CASILLAS J.-M., CHOQUET M., COHEN-SALMON C., COURTEIX D., DUCLOS M., ET AL., 2008, *Activité physique : contextes et effets sur la santé*.

AQUINO J.-P., 2008, « Le plan national «bien vieillir» », *Gérontologie et société*, 2, p. 39-52.

AQUINO J.-P., 2012, « Vieillissement et politiques publiques », *Gérontologie et société*, 5, p. 273-279.

AQUINO J.-P., 2013a, « Anticiper pour une autonomie préservée: un enjeu de société. »

AQUINO J.-P., 2013b, « Intervention du Dr Jean-Pierre AQUINO lors du colloque "Bien vieillir en France" ».

AQUINO J.-P., 2014, « Édito », dans *L'Officiel des Aînés, Une mobilisation nationale d'ampleur inédite*, p. 46-47.

ARGOUD D., 2012, « La prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement ? », *Gérontologie et société*, 5, p. 93-100.

ARGOUD D., 2014, « Les politiques gérontologiques locales : la difficile constitution d'un espace autonome entre territorialisation et recentralisation », dans *Vieillesse et vieillissement – Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 49-61.

ATCHLEY R.C., 1989, « A continuity theory of normal aging », *The gerontologist*, 29, 2, p. 183-190.

ATTIAS-DONFUT C., 1988, *Sociologie des générations : l'empreinte du temps*, Presses universitaires de France.

BALME R., 1996, « Pourquoi le gouvernement change-t-il d'échelle ? », *Les politiques du néo-régionalisme*, Paris, Economica, p. 11-39.

BARNAY T., 2012, « Prévention et vieillissement en bonne santé : un regard économique », *Gérontologie et société*, 5, p. 185-203.

BARTHE J.F., CLEMENT S., DRULHE M., 1988, « Vieillesse ou vieillissement? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les cahiers de la Recherche sur le travail social*, Université de Caen, 15.

BARTHELEMY L., 2012, « L'approche écologique en action en France et au Québec », *Gérontologie et société*, 1, 5, p. 101-108.

BARTHELEMY L., BODARD J., FEROLDI J., 2014, *Actions collectives, Bien vieillir : repères théoriques, méthodologiques et pratiques : guide d'aide à l'action*, Saint-Denis, INPES éd.

BARTHE Y., 2006, *Le pouvoir d'indécision : La mise en politique des déchets nucléaires*, Economica, Paris (Études politiques).

BASACH M., CAMBONA C., 2014, « Synthèse des études menées par la CNAV sur les besoins de prévention ressentis par les retraités », dans *L'Officiel des Aînés, Une mobilisation nationale d'ampleur inédite*.

BAUDELLOT C., ESTABLET R., 2000, *Avoir 30 ans : en 1968 et en 1998*, Seuil.

BELAND D., VIRIOT-DURANDAL J.-P., 2003, « L'expertise comme pouvoir : le cas des organisations de retraités face aux politiques publiques en France et aux États-Unis », *Lien social et politiques*, 50, p. 105-123.

BENNETT C.J., 1991, « What is policy convergence and what causes it? », *British journal of*

political science, 21, 02, p. 215-233.

BERLIVET L., 2004, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé : La fabrique des campagnes de prévention », *Cas de figure*, p. 37-75.

BERTHUIT F., CHOKRANE B., HATCHUEL G., 1999, « L'évolution des opinions et des comportements des seniors depuis vingt ans en France », *Cahier de recherche*, 129.

BERTILLON J., 1895, « De la dépopulation de la France et des remèdes à y apporter », *Journal de la société de statistique de Paris.*, 36, p. 410-438.

BESSIN M., 2010, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, 6, p. 12-21.

BILLE M., MARTZ D., 2010, *La tyrannie du « bien vieillir »*, Paris, Le Bord de l'eau, 151 p.

BLAIR S.N., LAMONTE M.J., NICHAMAN M.Z., 2004, « The evolution of physical activity recommendations: how much is enough? », *The American journal of clinical nutrition*, 79, 5, p. 913S - 920S.

BLANKAERT A., 2015, « Témoignages d'acteurs engagés dans une prévention efficiente : Aujourd'hui et demain, du national au régional, à destination de tous les publics... Pourquoi et comment faire avancer la culture de prévention ? », *Vers une prévention partagée, une démarche participative pour développer la culture de prévention*, Paris, 10 mars 2015.

BOIS J.-P., 1994, *Histoire de la vieillesse*, Paris, Presses universitaires de France.

BOSSY T., 2010, *Poids de l'enjeu, enjeu de poids : la mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.

BOUDESSEUL G., 2010, « Trois couples pour comprendre le vieillissement », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009 (Proximités-Sociologie (Cortil-Wodon)), p.171-182.

BOUQUET B., 2005, *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*, Editions L'Harmattan.

BOURDELAIS P., 1997, « Les nouveaux visages du vieillissement de la population française », *Lien social et Politiques*, 38, p. 11.

BROUSSY L., 2013, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : ANNEE ZERO ! »

- BURLLOT F., LEFEVRE B., 2010, « Le sport et les seniors : des pratiques spécifiques ? », *Retraite et société*, 2, p. 133-158.
- CADIOU S., GAGNON B., 2005, « L'action sociale des caisses de retraite: un dispositif complémentaire de la protection sociale des personnes âgées », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 7-32.
- CANTELLI F., GENARD J.L., 2007, *Action publique et subjectivité*, LGDJ.
- CARADEC V., 1998, « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement », *Prévenir*, 35, 2, p. 131-137.
- CARADEC V., 2001, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, Paris.
- CARPIN J.-M., 1999, « L'Avenir de nos retraites », Rapport au Premier ministre, Paris, Commissariat général du Plan.
- CASPERSEN C.J., POWELL K.E., CHRISTENSON G.M., 1985, « Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. », *Public health reports*, 100, 2, p. 126.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1999, *Chronic diseases and their risk factors: The nation's leading causes of death*, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- CHATEAURAYNAUD F., 2011, « Argumenter dans un champ de forces », *Essai de balistique*.
- CHATEAURAYNAUD F., 2013, « Des prises sur le futur : Regard analytique sur l'activité visionnaire », dans *Retour sur la société du risque*.
- CHAUVEL L., 2002, « [1998]. Le Destin des générations. Structure sociale et cohortes en France au xxe siècle »,.
- CHAUVIERE M., 2007, « Prévention et action sociale », *VST-Vie sociale et traitements*, 2, p. 20-29.
- CHENU A., 2001, « Vieillesse, genre et inégalités sociales dans la France des années 1980-1990 : le prisme des emplois du temps », *Cahiers du genre*, 2, p. 9-38.
- CHOPARD D., 2010, « Le vieillissement cognitif: un déclin inéluctable ? », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009, p. 35-49.

- CLEMENT S., MANTOVANI J., 1999, « Les déprises en fin de parcours de vie: Les toutes dernières années de la vie », *Gérontologie et société*, 90, p. 95-108.
- COBB R.W., 1983, *Participation in American politics: The dynamics of agenda-building*, Johns Hopkins University Press.
- COLLINET C., SCHUT P.-O., PIERRE J., 2013, « The Prevention of Ageing in the French Political Agenda: The Role of Sports and Physical Activities », Athens Institute for Education and Research, Athènes, 2013.
- COLLINET C., SCHUT P.-O., PIERRE J., CALUZIO C., 2014, « L'articulation des temporalités dans les politiques de prévention du vieillissement. La prise en compte des activités physiques et sportives comme outil d'anticipation du bien vieillir », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 19.
- COMITE SCIENTIFIQUE DE KINO-QUEBEC, 1999, « Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé (Avis du comité) », *Secrétariat au loisir et au sport, Gouvernement du Québec*.
- COMMISSION ECONOMIQUE DES NATIONS UNIES POUR L'EUROPE, 2012, « Le vieillissement actif », 13.
- COURTEUX D., 2010, « Sénescence du tissu osseux et ostéoporose : influence de l'activité physique », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009, p. 27-33.
- CRIBIER F., 1998, « La vie au grand âge d'une génération de Parisiens (Des retraités nés en 1906-1912) », *Prévenir*, 35, p. 99-106.
- CROSNIER D., 2005, « Les activités physiques et sportives des seniors », p. 81-98.
- CUMMING E., HENRY W.E., 1961, *Growing old, the process of disengagement*, Basic Books.
- CURETON T.K., KASCH F.W., 1947, *Physical Fitness Workbook: A Manual of Conditioning Exercises and Standards, Tests and Rating Scales for Evaluating Physical Fitness*, CV Mosby Company.
- DAHL R.A., 1957, « The concept of power », *Behavioral science*, 2, 3, p. 201-215.
- DEBRU A., 2014, « Renouveler le langage du vieillissement : pourquoi ? comment ? », dans *L'Officiel des Aînés, Une mobilisation nationale d'ampleur inédite*, p. 46-47.

- DECHAMP-LE ROUX, ET AL., 2012, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, 5, p. 81-91.
- DELBES C., GAYMU J., 2003, *La retraite quinze ans après*, INED.
- DELMAS C., 2001, « Pour une définition non positiviste de l'expertise », *Expertise et engagement politique*, L'Harmattan, Paris, p. 11-35.
- DERIEUX R., 2007, *La pratique physique des retraites dans le champ de la santé : une lutte pour la reconnaissance*, Thèse de doctorat, Université Rennes 2.
- DESHAYES G., 2014, « Ajouter de la vie aux années », dans *Plan de développement de la FFRS*.
- DESROSIERES A., 2001, « Entre réalisme métrologique et conventions d'équivalence : les ambiguïtés de la sociologie quantitative », *Genèses*, 2, p. 112-127.
- DINH Q.C., 1995, *Projection de population totale pour la France métropolitaine: base RP90, horizons 1990-2050*, République française, Ministère de l'économie et des finances, Institut national de la statistique et des études économiques.
- DIRN L., MENDRAS H., DUBOYS FRESNEY L., 1984, « Le troisième âge animera la société française », *Observations et diagnostics économiques: revue de l'OFCE*, 8, 1, p. 141-161.
- DONNAT O., 1998, *Les pratiques culturelles des Français: enquête 1997*, La documentation française.
- DONZELOT J., ESTEBE P., 1994, *L'Etat animateur : essai sur la politique de la ville*, Paris, Esprit.
- DOSSIER DE PRESSE, 2014, « La Retraite pour le Bien vieillir : l'offre commune de la Cnav, de la MSA et du RSI pour prévenir et préserver l'autonomie des personnes âgées »,.
- DOUILLET A.-C., 2003, « Les élus ruraux face à la territorialisation de l'action publique », *Revue française de science politique*, 53, 4, p. 583-606.
- DSOUZA V., 1993, « The concept of active aging », *Indian Journal of Social Work*, 54, 3, p. 333-344.
- DUBAR C., 1991, « La socialisation », *Construction des identités sociales et professionnelles*, 97.
- DUBAR C., ROLLE C., 2008, « Les temporalités dans les sciences sociales: introduction », *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, 8.
- DUNN A.L., ANDERSEN R.E., JAKICIC J.M., 1998, « Lifestyle physical activity interventions: history, short-and long-term effects, and recommendations », *American journal of preventive medicine*, 15, 4, p. 398-412.

- DUPRE-LEVEQUE D., 1998, « Les réseaux sociaux des personnes âgées dans une petite commune du sud-ouest », *Prévenir*, 35, p. 149-156.
- ELIAS N., ETORE J., 1991, *La société des individus*, Fayard Paris.
- ELIAS N., HOFFMANN Y., 2003, *Qu'est-ce que la sociologie ?*, Paris, Editions de l'Aube.
- ENNUYER B., 1998, « La construction du champ de la vieillesse dépendante 1973-1997 : le retour en force du modèle de vieillesse biomédicale », *Prévenir*, 35, p. 63-70.
- ENNUYER B., 2002, « Les défis du vieillissement », *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Ed. Dunod.
- FAURE A., LERESCHE J.-P., MULLER P., NAHRATH S., 2007, *Action publique et changements d'échelles : les nouvelles focales du politique*, Cambridge Univ Press.
- FEILLET R., 1997, « Représentations du corps, vieillissement et pratiques sportives », *STAPS. Sciences et techniques des activités physiques et sportives*, 42, p. 33-45.
- FEILLET R., 1996, *Représentations du vieillissement et attitudes des retraités et des jeunes en situation de confrontation sur le terrain sportif*, Thèse de doctorat, Paris 5.
- FEILLET R., 2000, *Pratiques sportives et résistance au vieillissement*, Editions L'Harmattan.
- FEILLET R., 2012, *Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi : place des activités physiques et sportives*, Érès éd.
- FEILLET R., RONCIN C., 2001, « Représentations du vieillissement et du risque dans les activités physiques et sportives à la retraite », *Loisir et Société*, 24, 1, p. 205.
- FEILLET R., RONCIN C., 2006, *Souci du corps, sport et vieillissement. Entre bien-être et prises de risque : comprendre et construire les pratiques. De la théorie à l'action*, Toulouse, Erès.
- FEILLET R., RONCIN C., 2013, *Souci du corps, sport et vieillissement*, Eres.
- FOUCAULT M., 1991, « Faire vivre et laisser mourir: la naissance du racisme », *Les temps modernes*, 56, 535, p. 37-61.
- FOUCAULT M., 2004, *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, Gallimard.
- FRANCESCHI J., s. d., « Circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées »,.
- FRINAULT T., SAOUT R. LE, 2011, « Communes, intercommunalité et action sociale. Les contraintes d'un changement d'échelle territoriale. », *Revue française des affaires sociales*, 4,

p. 115-134.

FROSSARD M., 2009, « Coordination, intégration, réseaux de services », *Gérontologie et société*, 100, p. 35-48.

GARIBAL M., 1990, *Les conséquences du vieillissement de la population active : étude*, Conseil économique et social.

GESTIN A., 2001, « Un nouvel impératif pour les hommes et les femmes retraités : « vieillir-jeune » », *Cahiers du genre*, 2, p. 203-219.

GORDON JR R.S., 1983, « An operational classification of disease prevention », *Public health reports*, 98, 2, p. 107.

GRAMAIN A., NEUBERG S., 2009, « Réagencements territoriaux et conduites des politiques sociales à l'échelle locale », *Travail et emploi*, 3, p. 77-87.

GRENIER C., GAMBARELLI F., BRAMI G., KAZARIAN H., BOTTERO J., ANTOINE D., DUMONT R., MARMONTELLI J.-P., DALBIES B., MALLEM N., ET AL., 2011, « Innover pour un Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes », *Santé publique*, 23, 4, p. 329-337.

GUCHER C., 1997, *L'action gérontologique municipale : une entreprise de définition de la vieillesse et de ses pratiques*, Editions L'Harmattan.

GUCHER C., 1998, « Lorsque les communes donnent forme aux modes de vie des retraités et personnes âgées », *Prévenir*, 35, p. 23-31.

GUICHARD-CLAUDIC Y., BORGNE-UGUEN L., PENNEC S., THOMSIN L., ET AL., 2001, « L'expérience de la retraite au masculin et au féminin », *Cahiers du genre*, 2, p. 81-104.

GUILLEMARD A.M., 1972, *La retraite : une mort sociale: sociologie des conduites en situation de retraite*, Mouton.

GUILLEMARD A.-M., 1980, *La vieillesse et l'État*, Puf.

GUILLEMARD A.-M., 1986, *Le déclin du social : formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, Presses universitaires de France.

GUILLEMARD A.-M., 2014, « Dynamique des politiques de la vieillesse en France depuis 1945 », dans *Vieillesse et vieillissement – Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 23-39.

GULBIN K., HASCHKE H., KALBE I., SCHMIDT U.J., 1977, « [The current position in the

preparations for active retirement in the socialist society of Schwerin county (author's transl)] », *ZfA. Zeitschrift für Alternsforschung*, 33, 3, p. 231-238.

GUTTON J.-P., 1988, *Naissance du vieillard : essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France*, Aubier Paris.

HASKELL W.L., 1994, « JB Wolffe Memorial Lecture. Health consequences of physical activity: understanding and challenges regarding dose-response. », *Medicine and science in sports and exercise*, 26, 6, p. 649-660.

HASKELL W.L., LEE I.-M., PATE R.R., POWELL K.E., BLAIR S.N., FRANKLIN B.A., MACERA C.A., HEATH G.W., THOMPSON P.D., BAUMAN A., 2007, « Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association », *Circulation*, 116, 9, p. 1081.

HASSENTEUFEL P., 2008, *Sociologie Publique : l'Action Publique*, Armand Collin, Paris.

HASSENTEUFEL P., 2011, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.

HATCHUEL G., LOISEL J.-P., 1998, « L'adhésion aux associations reste à un niveau élevé. Plus de seniors, moins de militants », *Consommation et Modes de vie*, 123.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2010, « Évaluation du Plan national Bien vieillir 2007-2009. »

HEALTH U.S.D. OF, SERVICES H., 1996, *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*, DIANE Publishing.

HENAFF-PINEAU P.-C., 2008, *Pratiques physiques des seniors et vieillissement : entre raison et passion : analyse sociologique de la transformation des pratiques avec l'avancée en âge*, Thèse de doctorat, Paris 11.

HENAFF-PINEAU P.-C., 2009, « Vieillesse et pratiques sportives : entre modération et intensification », *Lien social et Politiques*, 62, p. 71-83.

HENAFF-PINEAU P.-C., 2012, « Genre et parcours sportifs des seniors : du semblable au dissemblable », *SociologieS*.

HENAFF-PINEAU P.-C., 2014, « Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? », *Retraite et société*, 67, 1, p. 131-155.

HENRARD J.-C., 2004, « Politique d'action sociale et médico-sociale vieillesse », Colloque Vieillesse et Citoyenneté, 28 janvier 2004.

HENRARD J.-C., 2015, « Handicap, dépendance, perte d'autonomie : du flou des concepts aux

catégories sociales de la politique publique », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1, p. 146-166.

HENRARD J.-C., ANKRI J., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Ecole nationale de la santé publique.

HENRARD J.-C., VEDEL I., 2003, « L'enjeu de la coordination gérontologique en France », *Santé, Société et Solidarité*, 2, 2, p. 77-84.

HOURRIEZ J.-M., LEGRIS B., 1995, « Le niveau de vie relatif des personnes âgées », *Economie et statistique*, 283, 1, p. 137-158.

HURAUT J.-F., 2010, « Pratique physique des personnes âgées et construction identitaire », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009, p. 107-120.

IDRETTSLIVET I ENDRING, 1999, « Om statens forhold til idrett og fysisk aktivitet. [La vie sportive en mutation. Relation entre l'État, le sport et l'activité physique]. », Stortingsmelding [Rapport parlementaire norvégien].

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, 2015, *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Synthèse et recommandations.*, Inserm.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTE, 2005, *Référentiel de bonnes pratiques : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, Saint-Denis, INPES éd.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTE, 2006, *Manger, bouger... et vivre en forme ! Des guides pour les personnes âgées*, Saint-Denis, INPES éd.

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, 2009, « Promouvoir la santé des personnes âgées »,.

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, 2011, *Les sessions de préparation à la retraite: un enjeu citoyen*, Saint-Denis, INPES.

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, 2013, *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique : guide d'aide à l'action franco-québécois*, Saint-Denis, INPES éd.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTE, 2015, « Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées, Expertise collective, Synthèses et

recommandations. »

IRLINGER P., LOUVEAU C., METOUDI M., 1987, « Les pratiques sportives des français : usages sportifs du temps libéré »,.

JACOB S., SCHIFFINO N., 2007, « Les politiques publiques du risque », *Politique et Sociétés*, 26, 2-3, p. 19-26.

JAMOUS H., COMMAILLE J., 1969, *Sociologie de la décision*, Éd. du Centre national de la recherche scient.

JAUJOU N., MINNAËRT E., RIOT L., 2006, *L'EHPAD pour finir de vieillir : ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, Centre d'analyse stratégique.

KAESER L., ROCH P.-A., 2013, « Interroger la notion de "vieillesse active" : émergence, diffusion et applications d'une politique du vieillissement aux conditions nécessaires »,.

KENESSEY Z., 1997, « Quetelet and the beginnings of International Statistics », *Académie Royale de Belgique, Actualité et universalité de la pensée scientifique d'Adolphe Quetelet. Mémoire de la Classe des Sciences, 3e série, 13*, p. 137-159.

KESANIEMI Y.K., DANFORTH JR E., JENSEN M.D., KOPELMAN P.G., LEFEBVRE P., REEDER B.A., 2001, « Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. », *Medicine and science in sports and exercise*, 33, 6 Suppl, p. S351.

KINGDON J.W., THURBER J.A., 1984, *Agendas, alternatives, and public policies*, Little, Brown Boston.

KOOIMAN J., 2003, *Governing as governance*, Sage.

KOVACSHAZY M.C., ET AL., 1998, « Tourism for senior citizens in 2010. », *Futuribles*, 233, p. 47-63.

LAFORE R., BORGETTO M., 1996, « Droit de l'aide et de l'action sociale », *Paris, Montchretien*.

LALIVE D'ÉPINAY C., 1994, « La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle »,.

LALIVE D'ÉPINAY C., BICKEL J.-F., CAVALLI S., SPINI D., 2005, « Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire »,.

LALIVE D'ÉPINAY C., SPINI D., ET AL., 2008, « Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingt ans », *Gérontologie et société*, 4, p. 199-211.

LAMOUREUX P., 2009, « Économie de la prévention », *Hors collection*, p. 139-152.

- LAROQUE P., 1961, « Politique de la vieillesse », Haut Comité Consultatif de la Population et de la Famille.
- LASCOUMES P., GALES P. LE, 2012, *Sociologie de l'action publique : domaines et approches*, Armand Colin.
- LEBECQ P.-A., MORALES Y., SAINT-MARTIN J., TRAVAILLOT Y., 2013, *L'exercice et la santé : identité de la gymnastique volontaire en France depuis 1954.*, Le Manuscrit, Paris, 337 p.
- LEE I.-M., 2008, *Epidemiologic methods in physical activity studies*, Oxford Scholarship Online.
- LENOIR R., 1979, « L'invention du “ troisième âge ” », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26, 1, p. 57-82.
- LÉON C., BECK F., 2014, *Les comportements de santé des 55-85 ans analyses du Baromètre santé 2010*, Saint-Denis, Inpes éd.
- LION R., 1980, « Vieillir demain », Commissariat général du plan.
- LUKES S., 1974, *Power: A radical view*, Macmillan: London.
- MAISONNEUVE, 2015a, « Vieillesse : le projet de loi sort « amélioré » du sénat », *La Gazette des Communes*.
- MAISONNEUVE C., 2015b, « Services à domicile et Ehpad dans le projet de loi Vieillesse : les modifications apportées à l'Assemblée », *La Gazette des Communes*.
- MALABOUCHE G., 1987, *Retraites les périls de l'an 2030 : projection tendancielle à long terme de l'équilibre financier du système de retraites*, Documentation française.
- MARAIS V., 2014, « Atelier 1 : Quel sport et activité physique pour les seniors en milieu urbain ? - Les missions de Siel Bleu », Acte du colloque - Sport, Activité physique et Vieillesse., Paris, 26 novembre 2014.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2001, « Premier Programme national nutrition santé ».
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, MINISTERE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, 2007, « Plan « Bien Vieillir ». ».
- MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007a, « Plan Solidarité Grand Âge »,.
- MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2007b, « Passeport pour une retraite active »,.

- MINISTERE DELEGUE AUX PERSONNES ÂGÉES, 2003, « Programme National : Bien Vieillir. Senior... et toujours la même vitalité. »,.
- MORRIS J.N., HEADY J.A., RAFFLE P.A.B., ROBERTS C.G., PARKS J.W., 1953, « Coronary heart-disease and physical activity of work », *The Lancet*, 262, 6796, p. 1111-1120.
- MOULAERT T., LEONARD D., ET AL., 2012, « Le vieillissement actif: Regards pluriels Présentation », *Les Politiques Sociales*, 1, 72, p. 4-9.
- MOULAERT T., VIRIOT-DURANDAL J.-P., 2013, « Présentation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44-1, p. 1-7.
- MOULIAS R., 2009, « Il faut détruire le concept de dépendance liée à l'âge », *Gérontologie*, 152, p. 2-4.
- MULLER L., 2006, « La pratique sportive en France, reflet du milieu social », *INSEE, editor. Données sociales-La société française-Edition 2006. Paris: INSEE*, p. 657-663.
- MULLER P., 2000, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 50, 2, p. 189-208.
- MULLER P., SUREL Y., 1998, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien.
- MURPHY M.H., BLAIR S.N., MURTAGH E.M., 2009, « Accumulated versus continuous exercise for health benefit », *Sports medicine*, 39, 1, p. 29-43.
- NATIONS UNIES, 1982, « Plan international d'action pour le vieillissement », Vienne.
- NATIONS UNIES, 1995, « Rapport du Sommet mondial pour le développement social », *A/CONF. 166V9. 19 avril 1995. New York*.
- NATIONS UNIES, 1999, « Année internationale des personnes âgées 1999, Cadre opérationnel pour 1999 et au-delà, Sensibilisation au thème "Une société pour tous les âges". »,.
- NATIONS UNIES, 2012, « Année européenne pour le Vieillissement actif et la solidarité entre les générations. »,.
- NAY O., SMITH A., 2002, « Les intermédiaires en politique. Médiation et jeux d'institutions », *Le gouvernement du compromis: courtiers et généralistes dans l'action politique*, p. 1-19.
- NAZELLE A. DE, 2015, « Transports actifs et santé : programme européen TAPAS et évaluation d'impact sanitaire à Barcelone (Espagne). 2015;(30-31):570-9 », *Activité physique ou sportive : des bénéfices pour la santé à tout âge*, 30-31, p. 570-579.
- NEVEU E., 1999, « L'approche constructiviste des « problèmes publics ». Un aperçu des travaux

- anglo-saxons », *Études de communication. Langages, information, médiations*, 22, p. 41-58.
- OBSERVATOIRE DES RETRAITES, 2009, « Le retraite en France : statistiques, définitions, tendances, projections », 5.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1999, « Journée mondiale de la santé Restons actif pour bien vieillir ».
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2002, « Vieillir en restant actif », *Cadre d'orientation: contribution de l'OMS à la 2e Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement. Unies sur le vieillissement*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2004a, « Point 12.6 de l'ordre du jour provisoire 17 avril 2004.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2004b, « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé », *Rapport du Secrétariat*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2007, *Guide mondial des villes-amies des aînés*, World Health Organization.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2010, « Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé », *Genève, OMS*, p. 9-11.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE, 2006, « Promouvoir l'activité physique au service de la santé : cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS », *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, Istanbul, 29*, p. 135-143.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, FIMS, 1995, « Committee on Physical Activity for Health. Exercise for Health. », 73, p. 135-136.
- ORGANISATION NATIONS UNIES, 1982, « Plan international d'action pour le vieillissement », Vienne.
- ORGANISATION NATIONS UNIES, 1995, « Rapport du Sommet mondial pour le développement social, Copenhague, 6-12 mars 1995 », *A/CONF. 166V9. 19 avril 1995. New York*.
- PADIOLEAU J.G., 1982, *L'État au concret*, Paris, PUF.
- PARIS M., GARON S., CHAPON P.-M., LALIBERTE A., VEIL A., 2013, « Le programme «Municipalités amies des aînés au Québec», un modèle pour la France? », *Retraite et société*, 64, 1, p. 181-189.

- PATE R.R., PRATT M., BLAIR S.N., HASKELL W.L., MACERA C.A., BOUCHARD C., BUCHNER D., ETTINGER W., HEATH G.W., KING A.C., ET AL., 1995, « Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine », *Jama*, 273, 5, p. 402-407.
- PERRIG-CHIELLO P., 2001, « Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et auto-définition », *Retraite et société*, 3, p. 69-87.
- PERRIN C., 2016, « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », *Santé Publique*, SI, HS, p. 141-151.
- PESCATELLO L.S., AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2014, *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*, Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- PICHOT L., 2002, « Les expériences de loisirs sportifs chez les personnes âgées de plus de 50 ans : microcosme révélateur des rapports sociaux », *Loisir et Société/Society and Leisure*, 25, 2, p. 329-349.
- PIERRE J., CALUZIO C., SCHUT P.-O., 2016, « La pratique sportive des seniors : des profils et besoins variés », *Retraite et société*, 71, p. 75-90.
- PINVILLE M., 2013, « Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales. »
- PLAN INTERNATIONAL D'ACTION POUR LE VIEILLISSEMENT, 2002, « Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid 8-12 avril 2002. »
- PLAN INTERNATIONAL D'ACTION POUR LE VIEILLISSEMENT, VIENNE, 2002, « Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid 8-12 avril 2002. »
- POCIELLO C., 1999, *Sports et sciences sociales : Histoire, sociologie et prospective*, Vigot.
- POIRIER C., 2015, « Témoignages d'acteurs engagés dans une prévention efficiente », Vers une prévention partagée, une démarche participative pour développer la culture de prévention, Paris, 10 mars 2015.
- POWERFUL P.A.-A., 2010, « The Toronto Charter for Physical Activity: a global call for action », *Journal of Physical Activity and Health*, 7, 3, p. S370-S373.
- PRESIDENT'S COUNCIL ON PHYSICAL FITNESS, 1965, *Adult physical fitness: a program for men and women*, Washington, DC, U.S. Government Printing Office.

- PREVOT J., 2009, « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats, DREES*.
- PREVOT J., WEBER A., 2010, « Participation et choix des personnes âgées vivant en institution », *Retraite et société*, 3, p. 181-193.
- PRIF, 2014, « Les faits marquants en 2014 », dans *Rapport d'activité du PRIF*.
- RAVEN P., WASSERMAN D., SQUIRES W., MURRAY T., 2012, *Exercise Physiology*, Cengage Learning, 595 p.
- REGUER D., 2010, « De nouveaux sportifs : les papyboomers ? », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009, p. 143.
- RIVIERE D., 2014, « Dispositifs d'activités physiques et sportives en direction des âgés. »
- RIVIERE G., 2014, « Édito », dans *L'Officiel des Aînés, Une mobilisation nationale d'ampleur inédite*, p. 46-47.
- RIVIERE G., 2015, « Notre action sociale et connue et reconnue », dans *Rapport action sociale 2014*, Juin 2015, CNAV, p. 5-7.
- ROCHEFORT R., 2000, *Vive le papy-boom*, Odile Jacob.
- ROCHMAN J., TREMBLAY D.-G., 2010, « Services et seniors : l'impact du programme mada sur le développement des services municipaux communautaires et privés au Québec », *Gérontologie et société*, 4, p. 285-339.
- ROSSIGNOL L., 2014, « Édito », dans *L'Officiel des Aînés, Une mobilisation nationale d'ampleur inédite*, p. 46-47.
- ROSS J.-K., 1977, *Old people, new lives*.
- ROWE J.W., KAHN R.L., 1987, « Human aging: usual and successful », *Science*, 237, 4811, p. 143-149.
- SAINT-LAURENT A., 2015, « Témoignages d'acteurs engagés dans une prévention efficiente : Aujourd'hui et demain, du national au régional, à destination de tous les publics... Pourquoi et comment faire avancer la culture de prévention ? », Vers une prévention partagée, une démarche participative pour développer la culture de prévention, Paris, 10 mars 2015.
- SAN MARCO J.-L., 2009, « Définitions », dans *Traité de prévention*, Paris, Médecine-sciences-Lavoisier Flammarion, p. 3-8.

SIBERTIN-BLANC M., 2008, « La culture dans l'action publique des petites villes. un révélateur des politiques urbaines et recompositions territoriales », *Géocarrefour*, 83, 1, p. 5-13.

SWEDEN, NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, 2004, *Healthy ageing: a challenge for Europe.*, Sweden, Stockholm, National Institute of Public Health.

THOENIG J.-C., 1998, « Politiques publiques et action publique », *Revue internationale de politique comparée*, 5, 2, p. 295-314.

THOMAS H., 1996, *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Editions L'Harmattan.

TORDI N., 2010, « Le vieillissement et la fonction cardiovasculaire », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009, p. 13-25.

TOUSSAINT J.-F., 2008, « Retrouver sa liberté de mouvement - PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique et sportive »,.

TRINCAZ J., PUJALON B., HUMBERT C., 2008, « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société*, 2, p. 23-37.

TROUVE H., COUTURIER Y., SAINT-JEAN O., SOMME D., 2010, « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? », *Géographie, économie, société*, 12, 1, p. 31-52.

TRUCHOT G., 2005, « Les seniors », p. 81-98.

ULYSSE P.-J., LESEMANN F., 1997, « On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon qu'hier », *Lien social et Politiques-RIAC*, p. 31-50.

VILLET A., 2007, « EHPAD », *Gérontologie et société*, 4, p. 169-184.

VIRIOT-DURANDAL J.-P., 2003, *Le pouvoir gris : sociologie des groupes de pression de retraités*, PUF.

VIRIOT-DURANDAL J.-P., 2010, « Les retraités : acteurs en mouvements dans l'espace public », dans *Activités physiques et sportives et vieillissement. Enjeux sanitaires et sociaux*, Fernelmont (Belgique), EME, université de Franche-Comté, UFR STAPS, Laboratoire de Socio-anthropologie - cop. 2009, p. 155-169.

VIRIOT-DURANDAL J.-P., 2014, « Vieillissement et citoyenneté : perspectives sociologiques », dans *L'Officiel des Aînés, Une mobilisation nationale d'ampleur inédite*, p. 20-24.

VIRIOT-DURANDAL J.-P., MOULAERT T., 2014, « Le « vieillissement actif » comme référentiel

international d'action publique : acteurs et contraintes », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 9.

VUILLEMIN A., 2011, « Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique », *Science & Sports*, 26, 4, p. 183-190.

WALKER A., 1999, « Ageing in Europe—challenges and consequences », *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 6, p. 390-397.

WALKER A., 2002, « A strategy for active ageing », *International social security review*, 55, 1, p. 121-139.

WALKER A., LOWENSTEIN A., 2009, « European perspectives on quality of life in old age », *European journal of ageing*, 6, 2, p. 61-66.

WALKER A., MALTBY T., 2012, « Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union », *International Journal of Social Welfare*, 21, s1, p. S117-S130.

WALKER A., NAEGELE G., 1999, *The politics of old age in Europe*, Open University Pres.

WALKER J.L., 1977, « Setting the agenda in the US Senate: A theory of problem selection », *British Journal of Political Science*, 7, 04, p. 423-445.

WARIN P., 1999, « Les « ressortissants » dans les analyses des politiques publiques », *Revue française de science politique*, 49, 1, p. 103-121.

ZITTOUN R., 2013, « Dispositif », *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*.

Liste des encarts

Encart 1 - Évolution démographique français	15
Encart 2 - Pentagone des politiques publiques	41
Encart 3 - Modélisation de la construction d'un dispositif selon Zittoun	57
Encart 4 - Entretiens semi-directifs.....	66
Encart 5 – Rapport Lion.....	79
Encart 6 - CNRPA	81
Encart 7 – Historique allocations autonomie	85
Encart 8 – Le Plan de Vienne	87
Encart 9 – Comité National de Coordination et de Prévention de la perte d'Autonomie.....	95
Encart 10 – Le concept de vieillissement actif	98
Encart 11 – Le vieillissement actif et le vieillissement en bonne santé.....	100
Encart 12 - Écrits relatifs à l'adaptation de la cité aux aînés	106
Encart 13 – Le vieillissement réussi	109
Encart 14 – Chronologie projet de loi.....	128
Encart 15 - Projet de loi	132
Encart 16 – Première recommandation liant APS et santé, President's Council on Physical Fitness	138
Encart 17 – Semaines types : intensité modérée et intensité élevée (Haskell et al., 2007).....	142
Encart 18 - Dose/réponse des recommandations internationales (American College of sports Medicine, 2014)	153
Encart 19 – Guide INPES : recommandations AP.....	154
Encart 20 – Rapport Rivière : un public informé, accueilli, pris en charge (Rivière, 2014)	157
Encart 21 - Récapitulatif de l'évolution des principales recommandations d'APS.....	165
Encart 22 - Action D-marche©, ADAL.....	184
Encart 23 – Évolution du nombre d'ateliers 2014 – PRIF.....	190
Encart 24 - Encart méthodologique - choix des fédérations sportives analysées	194
Encart 25 - Participants par atelier en 2011-2012-2013 CLIC Rivage.....	222
Encart 26 - Méthodologie terrain d'enquête.....	239
Encart 27 – Méthodologie des enquêtes quantitatives	304

Liste des figures

Figure 1 - Répartition des répondants par tranches d'âge	305
Figure 2 - Situations personnelles.....	307
Figure 3 - Tranches d'âge des résidents en EHPAD enquêtés	334

Liste des tableaux

Tableau 1 - Évolution démographique des 60 ans et plus en France.....	14
Tableau 2 - Typologie des retraites FNG.....	22
Tableau 3 - Mesures d'assistances aux personnes âgées.....	29
Tableau 4 - Domaines de compétences.....	52
Tableau 5 - Récapitulatif des modes d'interventions.....	203
Tableau 6 - Données générales des communes enquêtées.....	240
Tableau 7 - Résumé des modes d'interventions des CCAS enquêtés.....	250
Tableau 8 - Résumé des modes d'interventions des services des sports enquêtés.....	257
Tableau 9 – Anciennes PCS des seniors répondants.....	306
Tableau 10 - Revenus annuels par tranches.....	306
Tableau 11 – Activités pratiquées.....	308
Tableau 12 - Activités souhaitées.....	311
Tableau 13- Satisfaction offre communale.....	312
Tableau 14 - Critères sociodémographiques des « Sport-Passion ».....	318
Tableau 15 - Critères sociodémographiques des « Néo-Sportifs ».....	321
Tableau 16 - Critères sociodémographiques des « Sport-Santé ».....	324
Tableau 17 - Critères sociodémographiques des non-pratiquants.....	328
Tableau 18 - Anciennes PCS des résidents en EHPAD enquêtés.....	335
Tableau 19 - Activités physiques antérieures Seniors EHPAD.....	335
Tableau 20 - Taux de participation aux activités diverses en EHPAD.....	336
Tableau 21 - Activités diverses proposées EHPAD.....	337
Tableau 22 - Raisons de la participation aux activités proposées par l'EHPAD.....	338
Tableau 23 - Raisons de la non participation aux activités proposées par l'EHPAD.....	338
Tableau 24 - Raisons de la participation aux AP proposées.....	341
Tableau 25 - Raisons de la participation aux AP proposées / Regroupement objectifs de santé et de plaisir.....	341
Tableau 26 - Raisons de la non participation aux AP proposées.....	343

Annexes

Annexe 1 –

Annexe 2 –

Annexe 3 –

Annexe 4 –

Annexe 5 –

Annexe 6 –

Annexe 7 –

Annexe 8 –

Annexe 9 –

Annexe 10 –

Annexe 11 –

Annexe 12 –

