



HAL
open science

Les Centres Sociaux et Socioculturels et le vieillissement : Quels rôles comme acteurs du bien-vieillir dans les territoires ?

Juliette Michel

► **To cite this version:**

Juliette Michel. Les Centres Sociaux et Socioculturels et le vieillissement : Quels rôles comme acteurs du bien-vieillir dans les territoires ?. Géographie. Université d'Angers, 2019. Français. NNT : 2019ANGE0069 . tel-03167598

HAL Id: tel-03167598

<https://theses.hal.science/tel-03167598>

Submitted on 12 Mar 2021

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.

UNIVERSITE / SOCIETES

BRETAGNE / TEMPS

LOIRE / TERRITOIRES



THESE DE DOCTORAT DE GEOGRAPHIE

L'UNIVERSITE D'ANGERS
COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : « Géographie »

Par

Juliette MICHEL

**Les Centres Sociaux et Socioculturels et le vieillissement : Quels rôles
comme acteurs du bien-vieillir dans les territoires ?**

Thèse présentée et soutenue à Angers, le 17 décembre 2019

Unité de recherche : Espaces et Société (UMR 6590)

Thèse N° : 161343

Rapporteurs avant soutenance :

Myriam Baron

Professeure des Universités,
Université Paris-Est Créteil

Jean-Marc Macé

Professeur des Universités,
CNAM Paris

Composition du Jury :

Président

Christian Pihet

Professeur des Universités,
Université d'Angers

Myriam Baron

Professeure des Universités,
Université Paris-Est Créteil

Jean-Marc Macé

Professeur des Universités,
CNAM Paris

Directeur de thèse
Sébastien Fleuret

Directeur de recherche CNRS,
Université d'Angers

Invité(s)

Béatrice Blanchard

Directrice
Centre Social de l'Allée Verte

Thèse de doctorat en géographie
Université d'Angers – Laboratoire Espaces et sociétés (UMR 6590)



**Les Centres
Sociaux et
Socioculturels
et le
vieillessement :
Quels rôles
comme acteurs
du bien-vieillir
dans les
territoires ?**

Juliette MICHEL

Sous la direction de
Sébastien Fleuret

Membres du Jury :

Myriam BARON – Professeure des Universités – Université Paris Est Créteil
Béatrice BLANCHARD – Directrice du Centre Social de l'Allée Verte
Sébastien FLEURET – Directeur de recherche CNRS – Université d'Angers
Jean-Marc MACE – Professeur des Universités – CNAM Paris
Christian PIHET – Professeur des Universités – Université d'Angers

Photographie de couverture : Vincent Hardin

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



« Plastifions le tissu social pour mettre en réseau les synergies intergénérationnelles sur un plan proactif induisant une sensibilisation citoyenne et interactive, garantie d'un véritable dialogue pluriel ! »

Ministère des Partenariats Durables, objectifs 2011-2035

© Plonk & Replonk

REMERCIEMENTS

La rédaction des remerciements est le moment où la dimension collective de la réussite de l'exercice extrêmement solitaire de la thèse est la plus flagrante. La liste des personnes dont le soutien, l'aide, la patience et l'écoute m'ont permis d'aboutir à ce document ne pourra jamais être exhaustive. Elles ont pourtant toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je tiens à remercier Sébastien Fleuret pour m'avoir donné cette opportunité, pour être venu me chercher et m'avoir accompagné tout ou long de la démarche. Merci d'avoir discerné des résultats dans mes tâtonnements, d'avoir relu malgré une orthographe inventive et calmé mes doutes et impatiences. Merci à Béatrice Blanchard de m'avoir porté sur une autre dimension du projet, d'avoir permis une bonne intégration, un suivi et des échanges enrichissant tout au long de la recherche tout en contribuant à faire de nous, de moi, des professionnels. Merci pour son aide, son soutien, son écoute et sa présence. Merci à Shani Galand, collègue, binôme, amie et première découverte de ce projet sans laquelle tout ça aurait pris une tournure très différente. Merci de n'avoir été qu'à un coup de téléphone de distance, d'avoir accompagné les bas et permis beaucoup de hauts.

Je tiens également à remercier toutes les personnes impliquées dans les instances de suivi du projet qui ont contribué à faire de cette recherche un succès et une belle expérience humaine. Merci donc à l'équipe de l'Union Régionale impliquée sur I-CARE, Frédéric, Michel, Annie, Jeanine et Bernard, ainsi qu'aux encadrants de la thèse de sociologie, Véronique Guienne et Nicolas Rafin. Merci aussi aux différents bureaux qui m'ont accueilli et surtout aux personnes autour pour m'avoir permis d'autres échanges et offert des respirations essentielles. Merci donc aux équipes des fédérations des Centres Sociaux d'avoir été de précieux collègues : Isabelle, Sozic, Maxime, Olivier, Yann, Maud, Aline, Pierrick, Anne, Florina, Fanny... ainsi qu'aux collègues de la FAS : Mary, Mélanie, Héloïse, Sozic, Luce et François...

Merci à ma famille et mes amis pour leurs soutiens, leurs encouragements et l'intérêt plus ou moins feint porté à mon travail. Merci à Béatrice d'avoir tenté de pallier mes difficultés d'introduction. Je remercie tout particulièrement ma mère pour ses nombreuses relectures et changements de perspectives, pour avoir subi les multiples versions et commenté les différents placements. Merci d'avoir été l'autre main de cette rédaction, d'avoir été ma première lectrice pour qu'il puisse en avoir d'autres.

Finalement je tiens à remercier tous les centres sociaux enquêtés, leurs équipes et leurs adhérents, pour leurs accueils, leurs disponibilités et de m'avoir permis de les interroger, enregistrer, observer, photographier, etc.

Sommaire

Introduction Générale	9
Partie I : Faire une géographie du vieillissement dans les Centres Sociaux.	15
Introduction de la Partie I	17
Chapitre 1 : Centres Sociaux et territoire : histoire, pratique et géographie	19
Chapitre 2 : Bien-vieillir : de la théorie gérontologique aux politiques publiques	75
Chapitre 3 : Bien-vieillir : Quelle géographie du vieillissement ? Approche de la thèse.	109
Chapitre 4 : Méthodologie	137
Conclusion de la Partie I	173
Partie II : Bien-vieillir : de la stratégie du réseau à la participation sociale des aînés	175
Introduction de la Partie II	177
Chapitre 5 : Dire, faire et vivre le bien-vieillir dans les Centres Sociaux	181
Chapitre 6 : La participation sociale : une clé pour bien-vieillir ?	229
Conclusion de la Partie II	279
Partie III : Les Centres Sociaux : acteurs de la proximité ?	281
Introduction de la Partie III	283
Chapitre 7 : Territoire et proximité dans les Centres Sociaux	285
Chapitre 8 : Intégrer un système d'acteurs : les Centres Sociaux face à l'action gérontologique	329
Conclusion de la Partie III	370
Conclusion Générale	372
Bibliographie	378
Annexes	401
INDEX – figures, cartes, tableaux et encadrés	465
Liste des sigles	469
Table des matières	471

Introduction Générale

« *Si vous voulez vivre longtemps, vivez vieux* » - Erik Satie.

Cette assertion tautologique pourrait être mise sur le compte de l'excentricité de Satie. Elle souligne pourtant un changement de regard sur le vieillissement. En 1866, année de naissance d'Erik Satie, l'espérance de vie est d'une quarantaine d'années. Elle est d'une cinquantaine d'années à sa mort en 1925 (INED 2017). Vivre longtemps est effectivement un enjeu.

Aujourd'hui, les progrès médicaux, sociaux et économiques, ont changé la situation : l'espérance de vie à la naissance d'un français en 2015 est de 79 ans, et de 85 ans pour une Française (INED 2017). Les analyses démographiques sont enrichies par de nouveaux indicateurs, comme l'indicateur de l'OMS sur les « années de vie ajustées sur l'incapacité ». Il prend en compte la mortalité et la morbidité des populations (Granados et al. 2005) pour prendre en compte le nombre d'années « perdues » à cause de maladies ou d'incapacité. Il se développe des mesures de l'« espérance de vie en bonne santé » ou d'« espérance de vie sans incapacité » utilisées en France depuis le milieu des années 80. Ces nouveaux indicateurs illustrent un changement dans les enjeux liés à l'avancée en âge. Il ne s'agit plus de vivre longtemps, mais de vieillir en bonne santé.

L'avancée en âge de plus en plus longue et autonome (au sens de non médicalement dépendante) de la population française s'est accompagnée de mutations importantes. La manière dont sont perçues les personnes vieillissantes a changé depuis le début du siècle, passant du vieillard, au retraité puis au senior. Cette évolution de la façon dont on perçoit la vieillesse est allée de pair avec une évolution de la place de ces personnes au sein de la société. Les interventions et dispositifs sociaux développés pour accompagner cette avancée en âge évoluent avec, entre autres, la mise en place de la retraite, des minimas sociaux et les aides pour les personnes dépendantes. Le temps de la retraite, qui avec son établissement comme un droit social devient la période sur laquelle se concentre la réflexion autour du vieillissement, peut être associé à l'épanouissement, à une période où il est possible de profiter, d'exercer de nouvelles activités (Caradec, 2009).

Le vieillissement se présente alors comme « *un processus de développement* » (Collinet et Delalandre 2014). Ses différents tenants et aboutissants peuvent alors être anticipés au sein de démarches de prévention ou de promotion de la santé (Galand et Michel 2017). Le vieillissement démographique et la part de plus en plus importante occupée par cette population dans la pyramide des âges, font de cette question de l'autonomie et de son pendant de prévention, une priorité aux enjeux sociaux et économiques importants (e.g. financement du système de retraite). C'est dans ce contexte de prévention que l'on voit se développer l'idée d'un « bien-vieillir ».

Bien vieillir : enjeux opérationnels, enjeux scientifiques

C'est au sein de cette prévention que l'on voit se développer l'idée d'un « bien-vieillir ». Elle n'est que rarement définie par les acteurs sociaux qui y font référence, et reste largement ouverte à interprétation. Il est quasiment impossible d'en trouver une définition qui fasse l'objet d'un consensus. On peut toutefois relever qu'il s'agit d'un objectif politique institutionnalisé et d'un terme utilisé par un nombre important d'acteurs tout en étant une notion souvent critiquée.

Le « bien-vieillir » doit se comprendre au sein d'une évolution conjointe des cadres théoriques de la gérontologie sociale et de cadres institutionnels de l'intervention publique. C'est ainsi qu'en plus des lois établissant l'accès aux droits sociaux des personnes âgées (APA, Retraite, minimum vieillesse...) on a vu apparaître en France ces dernières années un plan national Santé (PNS) « Bien vieillir-Vivre ensemble » (2007-2009) proposant différentes étapes pour un « vieillissement réussi » allant de la santé aux relations sociales.

La notion de « bien-vieillir » va vite se développer et devenir difficile à ignorer dès que l'on se penche sur la question des personnes âgées. Elle arrive comme un mot valise, pouvant regrouper toutes sortes de considérations. Quelle est alors la bonne définition ? Comment doit-on comprendre le bien-vieillir ? On pourrait aller jusqu'à s'interroger sur la pertinence même de la sémantique utilisée : bien-vieillir suppose que l'on puisse mal vieillir, mais par rapport à quoi ? À qui ? Et que dire de son omniprésence qui s'apparente à une tyrannie (Billé et Martz 2010), créant des injonctions normatives dont les principes sont proches d'approches néolibérales ? Nous proposons de comprendre le bien-vieillir comme un vieillissement en santé : un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur bien-être physique, social et mental. Autrement dit, il s'agit de conserver autonomie et qualité de vie tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie.

Avec la promotion du bien-vieillir, l'accompagnement de l'avancée en âge s'élargit à des publics ne présentant pas de problématique de perte d'autonomie. Cette nouvelle approche des questions du vieillissement permet l'apparition de nouveaux acteurs issus des secteurs sociaux et socioculturels et plus uniquement du médicosocial.

Les Centres Sociaux et le contexte de recherche

Parmi ces acteurs qui interviennent auprès des populations vieillissantes sans être en perte d'autonomie, se trouve les structures au cœur de nos réflexions dans cette thèse : les Centres Sociaux et Socioculturels.

Rapidement, les Centres Sociaux¹ sont des structures associatives ou publiques qui se caractérisent par l'obtention d'un agrément délivré par la Caisse d'Allocations familiales (CAF) (un panorama plus exhaustif fait l'objet du chapitre 1). Ils se définissent par la proposition en proximité accueil, animation, activités et services à finalité sociale. Pour cela, ils présentent différents modes d'interventions selon les territoires, leurs besoins et leurs ressources. L'objectif est d'associer salariés, bénévoles et habitants dans un projet de développement social local (DSL). Les Centres Sociaux sont organisés en réseau au sein d'un système fédéral, coordonné par une association nationale créée en 1922, reconnue d'utilité publique et agréée au titre de l'éducation populaire : la Fédération des Centres sociaux et socioculturels de France (FCSF). Elle est composée d'échelons régionaux et/ou départementaux. Ils ont pour mission, au-delà de regrouper les centres sociaux, de favoriser leur développement, de les représenter, d'appuyer la création de nouveaux centres sociaux, de nouveaux partenariats, et de proposer des formations à l'intention des professionnels et des bénévoles des centres sociaux fédérés.

Constatant d'une part l'augmentation du vieillissement démographique dans les Pays de la Loire et d'autre part la méconnaissance des porteurs de politiques publiques de l'action des Centres Sociaux sur ce public, l'Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire initie, à partir de 2015, le projet I-CARE² au sein duquel s'inscrit cette thèse. Préalablement à la mise en place de ce projet, plusieurs observations internes et réflexions durant des journées de mobilisation et de concertation menées par les Centres Sociaux tendaient à montrer un impact notable de leurs actions sur l'accompagnement du vieillissement (Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire 2015). « *L'évaluation ne peut se satisfaire de ce regard porté sur soi qui manque quelque peu d'objectivité* » (I-CARE 2016). C'est pourquoi le projet I-CARE est le cadre de réalisation de deux thèses, une de géographie et une de sociologie, devant apporter des éléments de réponse à la question suivante : **quel est l'impact des actions de proximité d'accompagnement du vieillissement des Centres Sociaux et quelles sont les répercussions au niveau local, régional et national ?**

Le choix des disciplines retenues par l'Union Régionale est plus lié à la nature des centres sociaux qu'à la spécificité de la question du vieillissement. En ce sens, il tient plus de « l'intuition », au sens de Robert Franck (1999) (comme une perception immédiate, globale et non formalisée de l'objet), que d'une connaissance des enjeux de la question et de leurs implications. De plus, le développement de nouveaux cadres de politiques de prévention constitue une opportunité pour les Centres Sociaux de se saisir de problématiques liées au vieillissement, tout en présentant une légitimité à le faire. Afin de renouveler leur argumentaire auprès de partenaires potentiels, ils souhaitent mesurer l'impact de leurs actions, qu'ils estiment pertinentes, afin d'être légitimés et positionnés comme des acteurs de proximité du bien-

¹ Pour la suite de la thèse, nous aurons essentiellement recours à l'appellation « centre social ». Ces structures se définissant par l'obtention d'un agrément et non par l'appellation (voir partie I chapitre 1 – 1. Introduction). Il n'y a pas de différence entre un centre social, un centre socioculturel ou un centre socioculturel à partir du moment où ils ont obtenu l'agrément « centre social ».

² Initialement : Impact des Centres Sociaux sur l'avancée en âges par la Recherche écologique — aujourd'hui Impact de l'action des Centres Sociaux sur l'avancée en âge et la perte d'autonomie

vieillir. Puisque c'est sur la promotion du lien social et sur le développement social local qu'ils souhaitent faire valoir leur spécificité, il a été décidé de mobiliser une doctorante en sociologie et une doctorante en géographie.

Afin de porter ces thèses, l'Union régionale bénéficie du dispositif Twin CIFRE. La CIFRE, « convention industrielle de la recherche », un dispositif géré par l'ANRT (l'Association Nationale de la recherche et de la technologie) est l'association entre un employeur (entreprise, association, collectivité territoriale, etc.) et un laboratoire de recherche afin de permettre la mise en place d'un projet de thèse mené par le doctorant/salarié. La Twin CIFRE permet à l'employeur de mobiliser un binôme de doctorants issus de disciplines différentes sur un même sujet d'étude.

Le choix des disciplines et la formulation de la problématique centrale d'I-CARE se sont faits avant l'implication des doctorantes dans le projet. L'Union Région a engagé la démarche et mobilisé les futurs directeurs de thèses qui, à leur tour, ont mobilisé les doctorantes. Au début de la démarche, les Centres Sociaux étaient complètement inconnus aux doctorantes. La définition des orientations en amont et l'absence de connaissance préalable des Centres Sociaux expliquent, en partie, la démarche de la thèse, son approche et sa méthodologie. En plus de l'association entre les disciplines, l'une des volontés du projet I-CARE est d'associer les acteurs des Centres Sociaux à l'enquête. Le projet I-CARE est donc à la fois **interdisciplinaire** et **collaboratif**.

Problématique

L'embarquement immédiat dans un terrain de recherche mouvant a demandé une période d'acculturation aux Centres Sociaux et d'appropriation du sujet. Cette première phase d'immersion croise la littérature scientifique et les observations de terrain, dans un aller-retour entre les deux, pour construire la démarche itérative de cette thèse. Cela a permis de différencier les travaux du projet I-CARE, ceux de la thèse de sociologie et de ceux de la thèse de géographie que l'on présente ici. Bien que complémentaires³ et se nourrissant les unes des autres, les trois productions ne portent pas sur les mêmes objets. À l'issue de cette première phase, la problématique a été formulée : **quel est le rôle des Centres Sociaux comme acteurs du bien-vieillir dans les territoires ?**

Quatre axes de questionnement structurent la réflexion : la question du territoire dans les Centres Sociaux, les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir, bien-vieillir pour les Centres Sociaux et bien-vieillir dans les Centres Sociaux.

³ Les travaux en sociologie sont menés par Shani Galand et sa thèse, « *Quand les centres sociaux accompagnent le vieillissement : enjeux et effets des réponses contemporaines d'un vieillir en santé* » (2019 - à paraître) est régulièrement citée par la suite.

Plan de la thèse

La **première partie** de cette thèse est consacrée à la manière de **faire une géographie du vieillissement dans les Centres Sociaux**. Cette partie, plus longue que les suivantes, présente ainsi toutes les informations de cadrage nécessaire à la présentation de résultats. Pour cela, il est nécessaire de commencer par un regard sur les Centres Sociaux et leurs différentes dimensions territoriales, allant de leur rattachement à un territoire particulier à leur répartition géographique. Ce premier chapitre permet de dégager des tendances qui traversent l'histoire des Centres Sociaux et qui interrogent leurs implications et leurs modes d'intervention sur le vieillissement (**chapitre 1**). **Le chapitre 2** revient sur la question du bien-vieillir, question centrale dans le développement du projet I-CARE. Il s'agit de revenir sur les origines du bien-vieillir en tant que théorie gérontologique ou que politique publique. Ce croisement entre théories et actions publiques dégage des questions de recherches et certains questionnements qui induisent le positionnement épistémologique de la thèse.

En se basant sur les questions de recherche soulevées par le regard sur les Centres Sociaux d'un côté et les enjeux du « bien-vieillir » de l'autre, on aboutit à la formulation de notre problématique. Celle-ci s'inscrit dans la lignée de travaux anglo-saxon(s) et francophone(s) cités dans le **chapitre 3**. Il conduit à proposer une approche par les acteurs et les espaces du bien-vieillir. Pour conclure cette première partie, le **chapitre 4** présente l'appareillage méthodologique mis en place.

La **deuxième partie** de la thèse est une réflexion sur le bien-vieillir pour et dans les centres sociaux, en soulignant que le public des centres étudiés est composé majoritairement de jeunes retraités de la classe moyenne, qui ne font pas face à des problématiques liées à une perte d'autonomie. Il est nécessaire de comprendre quelles significations sont données au bien-vieillir dans les Centres Sociaux. Le bien-vieillir est devenu un élément de discours faisant partie de la culture politique partagée de l'action sociale de prévention du vieillissement. Son adoption par les instances dirigeantes des Centres Sociaux fait suite à l'évolution démographique de leurs publics qui amène à développer de nouvelles actions et à la volonté de construire des partenariats avec de nouveaux interlocuteurs. Il s'agit d'une adoption contextuelle et stratégique. Mais la confrontation des discours fédéraux avec les définitions des professionnels et des usagers des Centres Sociaux met en lumière un décalage et une posture ambiguë vis-à-vis du bien-vieillir. Son usage fait débat chez les professionnels des centres, qui se positionnent contre une conception trop normative et trop axée sur les questions sanitaires du terme (**chapitre 5**).

Le **chapitre 6** propose une analyse des effets des actions des Centres Sociaux sur l'une des dimensions les plus mises en avant dans la promotion du bien-vieillir : la participation sociale des aînés. La participation sociale des aînés dans les Centres sociaux prend différentes formes, de la simple participation à des activités à l'engagement bénévole. Selon le degré d'implication des personnes, les effets sur leur bien-vieillir varient. Les Centres Sociaux apparaissent comme des espaces de sociabilité, des lieux de mise en œuvre de compétences préexistantes à travers l'engagement bénévole, des espaces

de sécurité pour les personnes. On observe également que la participation sociale peut avoir des effets contreproductifs, que ce soit en matière de prévention ou de surinvestissement des bénévoles.

La **troisième partie** interroge les centres sociaux en tant qu'acteurs de proximité et du bien-vieillir dans les territoires. Le **chapitre 7** propose une analyse de la place du territoire et de la proximité dans les Centres Sociaux, leurs pratiques et leurs actions. Sont interrogées les dimensions territoriales, territorialisées et territorialisantes de l'action des Centres Sociaux. Ce chapitre met en avant une distinction entre la prise en compte des territoires « macro », territoires d'actions des centres sociaux, et des territoires « micro », créés dans l'enceinte des locaux du centre social. On soulignera la capacité des centres sociaux à proposer des espaces appropriés et appropriables, à faire du lieu « Centre Social » un espace de sociabilité, plus que celle de proposer des actions spécifiques à un territoire donné.

Enfin, le **chapitre 8** présente une analyse de la façon dont les Centres Sociaux s'inscrivent au sein du système des acteurs gérontologiques. Il s'agit d'un système encore largement fragmenté, malgré les dispositifs successifs de coordination mis en place. Différents dispositifs, public ou privé, répondent chacun à des objectifs, à des publics différents et s'inscrivent dans des tendances différentes de l'action gérontologique : la gériatrie (MAIA), la gérontologie (CLIC), la coordination en termes de bien-vieillir (Conférence des financeurs) et la Silver économie (Gérontopôle). En passant par ces courants et les différents acteurs locaux qui les représentent dans les Pays de la Loire conduits à placer les Centres Sociaux comme des acteurs périphériques dans le champ de l'action gérontologique.

Partie I : Faire une géographie du vieillissement dans les Centres Sociaux.

Introduction de la Partie I	17
Chapitre 1 : Centres Sociaux et territoire : histoire, pratique et géographie	19
Introduction	19
1. Les Centres Sociaux : définitions et modes d'actions	20
2. Géographie des Centres Sociaux : entre outil politique et héritages locaux	48
Conclusion du chapitre 1	72
Chapitre 2 : Bien- vieillir : de la théorie gérontologique aux politiques publiques	75
Introduction :	75
1. Une construction théorique sur le vieillissement	76
2. Vieillesse et politique publique	82
3. Les enjeux de la mise en place d'une politique du bien- vieillir	96
Conclusion du chapitre 2	106
Chapitre 3 : Bien- vieillir : Quelle géographie du vieillissement ? Approche de la thèse.	109
Introduction	109
1. Gérontologie et géographie : l'approche anglo- saxonne	110
2. Géographie et vieillissement : l'approche francophone	121
3. Vers une géographie du bien- vieillir dans les Centres Sociaux.	127
Conclusion du chapitre 3	135
Chapitre 4 : Méthodologie	137
Introduction	137
1. Aborder le terrain	139
2. Faire le terrain	160
Conclusion du chapitre 4	170
Conclusion de la Partie I	173

Introduction de la Partie I

Cette première partie présente le contexte, l'objet et la méthodologie de cette thèse. Le cadre particulier de réalisation de ces travaux, la CIFRE (convention industrielle de formation par la recherche), conduit à avoir une approche particulière du sujet que cette partie explicite. En plus de présenter l'objet de cette recherche, il s'agit de montrer comment nous proposons de faire une géographie du vieillissement dans les Centres Sociaux.

L'exercice de cette thèse s'inscrit dans le cadre plus large du projet de recherche I-CARE (Impacts de l'action des Centres Sociaux sur l'avancée en âge et la perte d'autonomie) porté par l'Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire dont les objectifs sont de (I-CARE 2016) :

- Mesurer l'expertise des Centres Sociaux et Socioculturels dans la prévention des risques liés au vieillissement et à la perte d'autonomie.
- Évaluer les bénéfices potentiels de l'action des Centres Sociaux en termes d'accessibilité à un ensemble de services et d'actions favorisant la socialisation des personnes en perte d'autonomie.
- Analyser et comparer les pratiques, connaître leur efficacité qualitative, leur transférabilité permettant d'aboutir à une charte de recommandation cosignée par différents acteurs référents dans ce domaine.
- Décrire, mesurer et évaluer les effets produits par des actions et projets d'accompagnement social et de prévention des risques liés au vieillissement par les Centres Sociaux (traduire les impacts médicosociaux et psychosociaux géographiques et économiques).

La CIFRE prend ici un aspect de recherche-action « *une démarche originale de recherche [...] et une méthode d'intervention visant des changements individuels et collectifs* » (Dubost et Lévy 2016). Si la thèse CIFRE comporte des spécificités qui peuvent sortir du cadre de la démarche de thèse traditionnelle, elle demeure une démarche scientifique aboutie (Foli et Dulaurans 2013 ; Gaglio 2008).

L'aboutissement de cette démarche scientifique passe par une distanciation des cadres, des normes et des perceptions du porteur du projet (ici l'Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire) afin de pouvoir construire un regard spécifique sur l'objet de la recherche. S'extraire de ces codes demande une phase d'appropriation de l'environnement et de ses différentes composantes. Comme l'expliquent Stéphane Beaud et Florence Weber (2003), faire de la recherche en milieu inconnu peut s'avérer un atout, car la démarche d'apprentissage qui s'engage permet de saisir « *les catégories de perception et de pensée des indigènes* » (p.108).

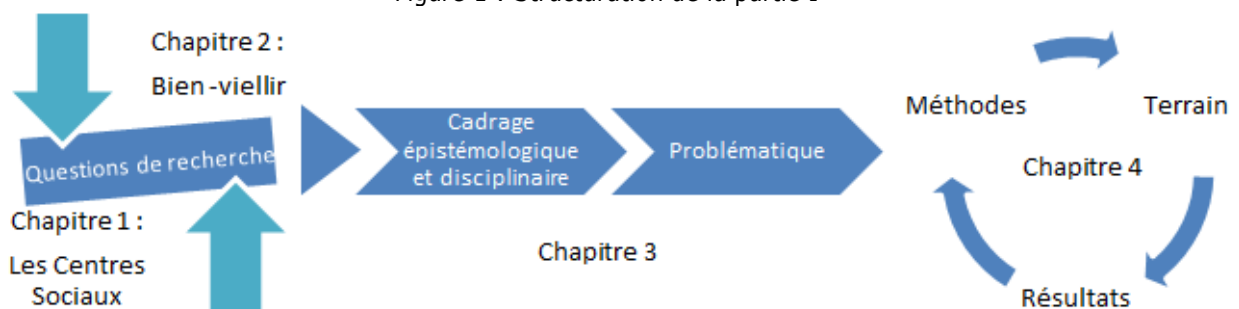
Le travail d'émancipation et de réappropriation de la recherche permet de percevoir les enjeux sous-jacents, les non-dits et les incohérences. C'est dans ce cadre que se constitue la réflexion de la thèse, indépendamment de la commande. La question n'est plus uniquement de regarder l'impact des Centres Sociaux sur le vieillissement, mais de comprendre plus largement la manière dont ils se saisissent de la

question du le vieillissement. Il faut alors confronter les discours, se munir de matériaux supplémentaires : statistiques, archives, entretiens, observations... (Galand et Michel 2019) Cette première partie rend compte de ce processus tout en présentant l'objet de la recherche, en développant la manière dont est construite la problématique et le choix des matériaux supplémentaires et originaux mobilisés.

Cette thèse se place entre démarche déductive et inductive. La problématique est construite sur la base de questions de recherches issues de la compréhension de l'objet « Centres Sociaux ». Cette réflexion se construit sur la confrontation de discours, d'archives et de données principalement fournies par les Centres Sociaux eux-mêmes (**Chapitre 1**). On se rapproche d'une logique inductive où l'observation de fait conduit à la formulation d'hypothèses et de problématiques. Mais les Centres Sociaux ne sont pas le seul objet de notre réflexion, celle-ci reposant également sur le bien-vieillir. Or comprendre le bien-vieillir comme objet passe par une compréhension théorique et politique de la notion qui va poser des questions de recherche à prendre en compte dans la structuration de notre raisonnement (**Chapitre 2**). Cette démarche se base sur un corpus légal et théorique. Elle est donc déductive. La problématique de la thèse est issue de ces questions de recherches auxquelles des éléments de réponses sont apportés dans les conclusions de chapitres. Elle découle aussi du choix du cadrage épistémologique et disciplinaire (**Chapitre 3**). La réflexion se structure autour d'axes regroupant ces premières questions de recherche qui vont être interrogées et évoluer par la confrontation au terrain.

Le projet I-CARE est une recherche participative. Les acteurs des Centres Sociaux ont été associés à la réflexion, à la construction de certaines méthodes et ont pu échanger des résultats préliminaires. La méthodologie mise en place prend en compte cet aspect. Les biais, difficultés ou échecs de mise en place de certaines méthodologies sont intégrés à la réflexion et contribuent à l'orientation la recherche (**chapitre 4**). Au final, la démarche de la thèse est itérative (voir figure 1). La formulation de la problématique est issue d'un aller-retour entre induction et déduction et la méthodologie permet de tester, adapter et réorienter la recherche en fonction de la confrontation des outils au terrain.

Figure 1 : Structuration de la partie I



Réalisation : Juliette Michel 2019

Chapitre 1 : Centres Sociaux et territoire : histoire, pratique et géographie

Introduction

Définir les Centres Sociaux (CSX) est nécessaire à la compréhension du contexte de la thèse. Cela permet de formuler des questionnements qui vont traverser la recherche et permettre de comprendre certains résultats, biais et méthodes, les Centres Sociaux étant à la fois le sujet, l'objet et la principale source d'informations. Les présenter demande de mettre en perspective les définitions qu'ils se donnent (en tant que structures fédérées à un réseau, ce qui est expliqué par la suite) avec celle que d'autres leur donnent afin de comprendre les discours de chacun. Il existe plusieurs définitions du Centre Social et celles-ci ont considérablement évolué au cours de l'histoire, en fonction des contextes. Aujourd'hui encore la définition du Centre Social fait l'objet de débats et de reformulations.

Rechercher une définition de ce qu'est un Centre Social conduit à mettre en regard deux points de vue différents sur ces structures. D'un côté la Caisse d'allocations familiales (CAF), institution de référence, définit le Centre Social dans sa dimension opérationnelle. D'un autre côté, des définitions sont données par des structures fédérales choisies et animées par les Centres Sociaux pour exprimer et défendre leurs valeurs. Cela reviendrait-il à opposer une définition exogène aux Centres Sociaux, issue d'une institution, à une définition endogène ?

Un retour historique conduit à nuancer cette opposition (**I.1.1.**). Il met à jour une tension entre logiques endogènes et exogènes qui traverse les Centres Sociaux, leur histoire et leur pratique au-delà de son illustration dans la diversité des définitions. Il convient de distinguer ce qui est spécifique au Centre Social (en tant que groupe de personnes, bénévoles et professionnel) et à son réseau de ce qui est spécifique à son territoire.

En tant qu'organisations définies sur et pour un territoire, l'implantation spatiale des Centres Sociaux et leur géographie sont extrêmement liées à leur identité et à leur histoire (**I.1.2.**). Leur répartition spatiale permet de préciser le rôle qu'ils peuvent avoir en tant que moyen de réponse à une problématique sociale localisée. C'est également l'occasion de présenter plus spécifiquement les Centres Sociaux de la région des Pays de la Loire, terrain de l'étude et les liens avec la question du vieillissement des territoires.

Encadré 1 : Évaluation du nombre de Centres Sociaux

Il existe peu de sources académiques concernant l'histoire des Centres Sociaux. Les données présentées dans ce chapitre sont issues d'une littérature produite par la Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France (FCSF) (revue, actes de séminaires, rapport, etc.) ou de travaux d'auteurs ayant été ou étant toujours impliqués au sein de ce réseau (Robert Durand, Jacques Eloy, Paul Maguin etc.). Il n'est pas simple d'évaluer le nombre de Centres Sociaux ni leur évolution au cours de l'histoire. Les nombres qui sont présentés ici sont des estimations issues de sources différentes, tentatives successives de dresser une histoire des Centres Sociaux. Il y a peu de sources d'informations et peu de travaux sur les archives ont été réalisés. Notons que les critères de dénombrement peuvent varier en fonction des acteurs et des périodes. Ainsi, les dénombrements de la FCSF ne sont pas les mêmes que ceux du ministère de la Santé et de l'Évaluation dans les années 50. De plus, une structure portant le nom de Centre Social peut ne pas être reconnue comme telle par un organisme, et l'être par un autre, alors qu'une structure ne portant pas le nom de Centre Social pourra être admise comme telle par tous. La fiabilité et l'uniformité des chiffres se renforcent à partir de 1971 et le début des procédures d'agrément par les CAF. Ici, pour la période de 1906 à 1960, les chiffres proviennent de différents travaux sur les archives de la FCSF (Durand 1996, Maguin 2004, Galand 2019). Puisqu'il n'existe pas de définitions « stables » de ce qu'est un Centre Social en dehors de la proposition de la FCSF sur cette période, le choix a été fait de se rapporter à ses dénombrements (à l'exception du rapport de Arnion et Maze de 1952). Pour la période suivante, l'agrément étant mis en place et la constitution d'un Centre Social lui étant conditionnée, les chiffres proviennent des dénombrements des CAF.

1. Les Centres Sociaux : définitions et modes d'actions

Introduction

Agrément, nom et fédéralisme

De manière prosaïque, un Centre Social est une structure ayant reçu l'agrément « Centre Social » délivré par la CAF. C'est l'agrément qui « fait » le Centre Social et ce même si la structure n'en porte pas le nom. Centre Social peut aussi bien être une « maison de quartier », une « association socioculturelle », qu'un « espace de solidarité ». Les Centres Sociaux qui en portent le nom sont d'ailleurs assez rares. Par exemple, ils ne représentent qu'un quart des structures ayant un agrément dans les Pays de la Loire (voir figure 2).

Les Centres Sociaux peuvent être portés par différents modes de gestion. C'est d'ailleurs une de leurs spécificités par rapport à d'autres structures d'animation socioculturelle (e.g. les MJC⁴ sont toutes des structures associatives) ou d'action sociale (e.g. les CCAS ou CCIAS⁵ sont respectivement des services communaux ou intercommunaux). Ils peuvent être associatifs, gérés directement par une collectivité locale⁶ ou, dans des cas plus rares (ce qui n'a pas toujours été le cas), faire l'objet de gestion CAF et/ou

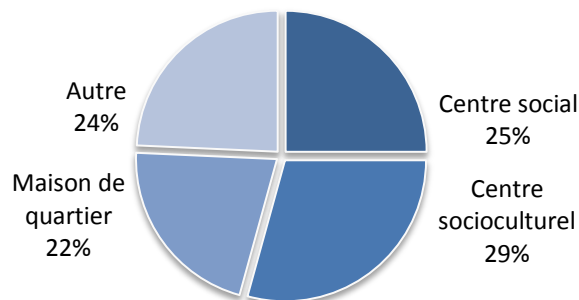
⁴ Maison des jeunes et de la culture

⁵ CCAS : Centre communal d'action sociale ; CCIAS : centre intercommunal d'action social

⁶ Par collectivité locale on entend aussi bien une collectivité territoriale (la commune), qu'un EPCI (communauté de communes, SIVU ou SIVOM)

cogestion (généralement avec la Mutualité Sociale Agricole – MSA), une délégation de service public, une fondation, etc. En 2014, on compte en France 2 107 Centres Sociaux agréés (SENACS⁷ 2016).

Figure 2 : Répartition des noms des structures agréées Centre Social dans la région Pays de la Loire



Sources : SENACS 2016 – Réalisation Juliette Michel 2019

Les Centres Sociaux sont sujets à de fortes dynamiques de fédéralisme, illustrées notamment par la Fédération des Centres Sociaux et socioculturels de France (FCSF). La FCSF fédère environ 1 200 Centres Sociaux en 2018 (FCSF 2017) et est le principal réseau de Centres Sociaux. Les Centres Sociaux enquêtés dans cette thèse sont fédérés à la FCSF (voir partie I chapitre 4 – 1.1.2.b). À côté de la FCSF on trouve des Centres Sociaux dans des fédérations d'éducation populaire, comme les Francas⁸ ou la fédération Léo Lagrange⁹. L'adhésion à une fédération n'est pas exclusive : un Centre Social peut être affilié à la fois aux Francas et à la FCSF.

Entre les différents noms, les rattachements fédéraux non obligatoires et multiples ainsi que la variété des modes de gestions, il est difficile d'avoir une image claire de ce que sont les Centres Sociaux. C'est d'autant plus compliqué quand les fédérations sont elles-mêmes porteuses de définitions du Centre Social.

La Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France

Avant d'aller plus loin dans la présentation des différentes définitions, il est nécessaire de présenter la FCSF. Ces rôles sont : la promotion des valeurs des Centres Sociaux, la représentation et la communication autour du réseau, le soutien au développement des fédérations et des Centres Sociaux, la formation et la qualification des acteurs du réseau et le développement de stratégies politiques et

⁷ SENACS : Système d'Échange National des Centres Sociaux : base de données à destination des Centres Sociaux, des Caisses d'allocations familiales, des Fédérations ou Unions de Centres Sociaux participant à la mise en place d'un Observatoire national

⁸ « Mouvement d'éducation populaire, la Fédération nationale des Francas est une association complémentaire de l'école, reconnue d'utilité publique et agréée par les ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de celui des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, ainsi que de celui de la Ville, de la Jeunesse et des sports. » (Les Francas s. d.)

⁹ « Association d'éducation populaire reconnue d'utilité publique, la Fédération Léo Lagrange intervient dans les champs de la petite enfance, de l'animation et de la formation professionnelle et accompagne les acteurs publics dans la mise en œuvre de politiques éducatives, socioculturelles et d'insertion ». (Fédération Léo Lagrange s. d.)

prospectives. Quand un Centre Social fait le choix d'adhérer à la FCSF, il est automatiquement affilié à la structure fédérale la plus « proche » en termes d'échelle (le département) et à celle d'échelon supérieur associé (la région). Par exemple, un Centre Social de Nantes adhérant à la FCSF sera rattaché à la Fédération des Centres Sociaux de la Loire-Atlantique ainsi qu'à l'Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire. Cette organisation ne répond pas à une hiérarchie en fonction de l'échelle spatiale : l'échelon national n'a pas d'autorité sur l'échelon régional. De la même manière, les fédérations locales n'ont pas d'ascendant sur les centres qui leur sont affiliés. Au contraire, ce sont les Centres Sociaux, leurs préoccupations et leurs manières de se saisir ou non des espaces et des instances fédérales qui orientent les actions de celles-ci.

Définir le Centre Social

Les trois définitions présentées dans le tableau 1 montrent les tensions qui s'expriment dès que l'on tente de formuler une définition d'un Centre Social. La définition de la CAF, présentée dans la circulaire d'animation de la vie sociale (CAVS¹⁰), pose le Centre Social comme un équipement de proximité qui promeut l'inclusion, le lien social et la citoyenneté. Elle précise sa finalité comme étant de répondre à « des besoins sociaux fondamentaux ». Cette formulation est extrêmement généraliste quant à la manière dont ces derniers se caractérisent. Il n'est pas précisé comment ou par qui ils sont exprimés, ni quels sont les moyens à mettre en place pour y répondre.

Dans la définition de la FCSF (Charte fédérale des Centres Sociaux et socioculturels de France), le Centre Social est un « foyer ». Ce terme est déjà une prise de distance par rapport à l'approche de la CAF décrivant un outil de cohésion sociale. La définition de la FCSF précise la dimension associée du travail entre les habitants et les professionnels du Centre Social qui était absente de la définition précédente. L'objectif n'est plus de répondre à des besoins sociaux fondamentaux, mais de construire un projet de développement social local.

Enfin la définition de la fédération de Loire-Atlantique précise que la place de l'habitant dans le Centre Social peut se faire à plusieurs niveaux : la participation à des activités ou l'implication dans les orientations et le développement de la structure. Cette dernière définition insiste fortement sur le rôle des habitants comme moteurs au-delà du portage et la responsabilisation, mais la notion de territoire en est absente...

¹⁰ « Inscrite dans les objectifs de la COG (convention d'objectifs généraux) 2009 -2012, la circulaire "animation de la vie sociale" permet de soutenir une politique sociale déterminante pour les familles et les territoires en réaffirmant et en renforçant l'engagement institutionnel et le rôle central de la branche Famille. Texte de référence pour l'ensemble des structures, elle participe au renforcement de l'approche globale territoriale et donne aux CAF (caisses d'allocations familiales) les moyens de dynamiser le partenariat pour mieux soutenir les structures. La clarification des finalités et des missions communes aux structures confère une plus grande lisibilité et davantage de cohérence à cette politique sociale. » (Direction des politiques familiale et sociale, 2012, p.1)

Tableau 1 : Exemples de définitions du Centre Social

La Circulaire Animation de la Vie Sociale (CAVS) – (CAF) (Direction des politiques familiale et sociale, 2012)	Charte Fédérale des Centres Sociaux et Socioculturels de France – adoptée par l'assemblée générale d'Angers – (FCSF 2000)	Définition du Centre Social par les acteurs de la Fédération des Centres Sociaux de Loire-Atlantique – (2017)
<p>[Les Centres Sociaux] poursuivent trois finalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'inclusion sociale et la socialisation des personnes - Le développement des liens sociaux et la cohésion sociale sur le territoire - La prise de responsabilité des usagers et le développement de la citoyenneté de proximité <p>Ces trois finalités communes à l'ensemble des structures de l'animation de la vie sociale visent à répondre aux besoins sociaux fondamentaux ; elles se réfèrent aux dimensions individuelles, collectives et sociales de tout être humain.</p>	<p>Le Centre Social et socioculturel entend être un foyer d'initiatives porté par des habitants associés, appuyés par des professionnels, capables de définir et mettre en œuvre un projet de développement social pour l'ensemble de la population d'un territoire</p>	<p>[le Centre Social est] une maison pour tous, ouverte aux besoins et aux envies des habitant(e)s. C'est un lieu convivial où ils peuvent, non seulement participer à des ateliers et des activités, mais surtout être force de proposition pour en développer d'autres. Dans le Centre Social, les idées individuelles peuvent devenir le projet de tous grâce à l'implication des habitant(e)s et l'accompagnement des professionnels. En franchissant la porte du Centre Social, les habitant(e)s deviennent des acteurs à part entière du développement et de l'animation de leur lieu de vie.</p>

Réalisation : Juliette Michel 2018

Chacune de ces définitions peut faire autorité. La CAF définit le Centre Social, mais les Centres Sociaux se donnent d'autres définitions qui ne mettent pas en avant les mêmes dimensions suivant l'échelle à laquelle elles sont formulées. Pourquoi ces différences de définitions s'expriment-elles aujourd'hui ? Il est nécessaire de revenir sur l'histoire des Centres Sociaux et de leur relation avec la CAF.

L'existence des Centres Sociaux précède celle de l'agrément CAF et les valeurs qu'ils défendent aujourd'hui s'ancrent dans un héritage antérieur à cette institutionnalisation. La définition de la CAF apparaît comme exogène, apposée sur le Centre Social sans lui être constitutive. À l'inverse, les définitions fédérales semblent endogènes, formulées pour et par les Centres Sociaux.

Un retour sur l'histoire des Centres Sociaux conduit à nuancer ce propos. Il permet de comprendre l'origine de ces structures et des principes de leurs actions (**I.1.1.1**), ainsi que d'interroger leur rapport aux dimensions territoriales de celles-ci (**I.1.1.2**). Il met en avant une tension constante entre exogène et endogène au travers de leur histoire, de leurs actions, de leurs définitions ou de leur rapport au territoire.

Les Centres Sociaux apparaissent en France dans la lignée des *Settlements*¹¹ en Grande-Bretagne, au début du XX^e siècle. Le modèle des Centres Sociaux a considérablement évolué, passant d'une action sanitaire et sociale à de l'animation socioculturelle. La place et le rôle de la personne ont également changé, en même temps que les questions auxquelles le Centre Social se propose de répondre.

1.1. Les Centres Sociaux français : de l'émergence à la défense d'un modèle

1.1.1. Aux origines de l'assistance sociale : 1894 – 1945

1.1.1.a. Prendre en charge la question ouvrière

L'émergence des premiers Centres Sociaux coïncide au développement de la question sociale ouvrière. Avec l'industrialisation apparaissent de nouvelles problématiques autour de la pauvreté. L'émergence de la figure du prolétaire se distingue des précédentes conceptions de la pauvreté. Le prolétaire n'est pas pauvre car il ne peut pas travailler, il est un travailleur pauvre. Les ouvriers apparaissent comme une classe sociale nouvelle qui est marginalisée et tenue à distance des lieux de pouvoirs économiques et politiques (Maguin 2004). Cette nouvelle forme de pauvreté s'illustre par sa sédentarité, en opposition à l'image du pauvre vagabond du Moyen âge et de l'Ancien Régime (Vidal 1999 ; Ricci 1983). L'ouvrier est un pauvre des faubourgs, regroupé dans des quartiers ou des communes spécifiques. La question ouvrière est une question urbaine.

Dans les premiers temps, la réponse à la question sociale ouvrière est principalement une « réponse de notables »¹². Durant la première moitié du XIX^e, l'État refuse l'interventionnisme. La philanthropie se développe alors autour de deux principes majeurs. D'un côté, le patronage, sous la tutelle directe des notables, s'occupe directement des pauvres (dispensaire, bureau de placement, assistance juridique, etc.). De l'autre, la prévoyance est la possibilité de monter des caisses pour faire face aux difficultés, également gérées par des notables qui ont pour objectif d'encourager l'épargne comme vertu (Duprat 1991).

À partir de la Monarchie de juillet (1830-1848), l'Église prend une place grandissante dans la gestion de la pauvreté. Elle retrouve ainsi un certain nombre des prérogatives perdues lors de la Révolution et multiplie les « Œuvres ». Celles-ci sont des missions spécialisées sous la direction d'un curé autour duquel

¹¹ Le *Settlement movement* est généralement considéré comme commençant en 1884 à Londres avec l'établissement de Toynbee Hall, première structure du genre. Il se développe ensuite en Angleterre, aux États-Unis, puis en France sous la forme des résidences sociales puis des Centres Sociaux. L'objectif de ce mouvement était de proposer des lieux de cohabitation entre des classes sociales différentes. (« Settlements and Neighborhood Centers » 2014).

¹² On entend par « notable » l'élite dirigeante de la France du XIX^e « entendue comme un groupe restreint d'individus et de lignées familiales qui cumulait richesse économique (principalement foncière), prestige social et pouvoir politique » (Briquet 2017)

on retrouve des notables et principalement des femmes. Cette période marque les débuts du christianisme social¹³ (Duroselle 1951).

C'est dans ce contexte que naissent les premières « maisons sociales » et « résidences sociales », considérées comme des formes premières de Centre Social (Eloy 2012). Dans un article intitulé « *L'union familiale* » (1906)¹⁴ Marie Gahéry, pionnière des Centres Sociaux français (voir encadré 2), expose les principes qu'elle a progressivement mis en place dans son action dès 1894. Ceux-ci dérivent de la pratique des *Settlements* anglo-saxons. L'une des particularités est de pratiquer une forme d'éducation populaire où les personnes engagées dans la démarche résident dans les quartiers ciblés (Mémoires vives 2013). Elle propose un mode d'action nouveau dans l'approche des quartiers ouvriers. En 1896, elle fonde avec Mercédès Le Fer de la Motte (voir encadré 2), l'Œuvre sociale de Popincourt, premier *Settlement* français adoptant le principe de résidence.

Encadré 2 : Les pionnières des Centres Sociaux

Marie Gahéry (1855-1932)

Marie Gahéry est la fille d'un enseignant de Lisieux devenu receveur municipal. Après une expérience religieuse de deux ans au Carmel, elle séjourne plusieurs années aux États-Unis et en Angleterre, où elle découvre les *settlements*. De retour à Paris, après l'ouverture d'un « petit ouvroir » en 1894, elle fonde en 1896, l'Œuvre sociale de Popincourt en adoptant le principe de « résidence ».

Mercédès Le Fer de la Motte (1862-1933)

Mercédès Le Fer de la Motte est la fille unique d'un officier de marine breton et d'une aristocrate chilienne. Après un engagement religieux de quelques années, elle entre en 1895 à Brest, à l'Oratoire, congrégation fondée par Saint-Philippe-de-Néri. Cet ordre allie mystique de la charité et œuvres charitables concrètes. À l'automne 1898, elle est sollicitée par Marie Gahéry pour l'aider à l'Œuvre sociale de Popincourt dont elle prend la direction au départ de celle-ci. En 1903, elle laïcise sa communauté religieuse et fonde l'association dite *La Maison sociale*. Entre 1903 et 1908, en plus de l'Œuvre sociale de Popincourt, elle ouvre quatre maisons sociales à Paris et une à Levallois Perrets. En octobre 1909, elle se retire de l'action directe, suite au procès Marie-Jeanne Bassot et à la dissolution qui s'en suit de l'association *La Maison sociale*.

¹³ Le Christianisme social est un mouvement d'origine protestante apparu suite à la révolution industrielle. Il se penche sur les problématiques sociales, économiques et politiques, notamment les mauvaises conditions de vie des populations ouvrières. L'appellation « christianisme social », et non pas « protestantisme » social, a été retenue dès l'origine pour inscrire ce mouvement dans une perspective œcuménique. (Gagnebin 2006)

¹⁴ Cet article est publié dans un ouvrage intitulé « Françaises » qui présente différentes « œuvres sociales » développées par des femmes catholiques.

Apolline de Gourlet (1866-1952)

Fille du marquis de Gourlet, administrateur des musées nationaux résidant au palais de l'Élysée pour l'exercice de ses fonctions, Apolline de Gourlet est, de ce fait, familière des milieux politiques. Elle noue une amitié avec Lucie Felix-Faure, fille du Président de la République, et ensemble avec Henri Rollet, elles fondent en 1895 la Ligue fraternelle des enfants de France. Dès 1897, elle coopère aux initiatives de Mercédès Le Fer de la Motte. Ses nombreuses publications diffusent efficacement les finalités et les réalisations des Maisons sociales. Plus tard, dans cette lignée, en tant qu'administratrice, elle apporte durablement son concours (1920-1940) à La Résidence sociale de Marie-Jeanne Bassot. Elle crée en 1919 avec Marie Diémer et l'Abbé Viollet, l'une des premières écoles de travail social, Pro Gallia, école d'action sociale qui deviendra en 1929 l'École d'action sociale de Levallois-Perret. Lorsque Marie-Jeanne Bassot crée la Fédération des Centres Sociaux de France en 1922, sa nomination comme présidente va de soi, tant son implication est ancienne, tant sa maîtrise intellectuelle et pratique de la formule Centre Social est grande et reconnue. Elle porte ainsi, jusqu'en 1945, la continuité du projet social global et résidentiel des Centres Sociaux.

Marie-Jeanne Bassot (1878-1935)

Marie-Jeanne Bassot est la fille d'un général de brigade polytechnicien. Lorsqu'en 1903, à 25 ans, elle découvre le projet de restauration sociale de *la Maison Sociale* et la spiritualité impliquante de Mercédès Le Fer de la Motte et qu'elle souhaite s'engager totalement dans cette action en tant que « résidente », ses parents s'y opposent activement, allant jusqu'à la faire enlever en 1908 pour la faire soigner dans un hôpital psychiatrique suisse. De retour à Paris, elle assigne sa mère en justice pour séquestration. Elle gagne son procès en 1909 mais les mises en cause qui s'y expriment mettent en péril l'association *la Maison sociale* : celle-ci doit fermer ses portes, ayant perdu ses principaux soutiens moraux et financiers. Dès 1910, elle rouvre une Maison sociale à Levallois-Perret dans le dénuement le plus total. Le petit logement ouvrier des débuts devient en une dizaine d'années, après plusieurs déménagements, agrandissements et appuis financiers notamment américains, la populaire et prestigieuse *Résidence sociale de Levallois Perret*. Au retour de son voyage aux USA en 1919, fait de conférences sur ses réalisations et de visites de *settlements*, elle conçoit l'utilité/nécessité de développer en France la formule Centre Social. À cette fin, elle crée en 1922 la *Fédération des Centres Sociaux de France*. Elle rédige en 1927, avec Marie Diémer, une brochure (*Les Centres Sociaux*) pour présenter la spécificité de l'action sociale des Centres Sociaux, leurs façons d'agir et la manière d'en créer des nouveaux avec le soutien de la Fédération.

Source : Notes biographiques du site Mémoires Vives¹⁵

1.1.1.b. La résidence comme principe de l'action

Le principe de résidence repose sur un mode d'action différent des œuvres philanthropiques de « visiteurs du pauvre », perçues comme une atteinte à la fierté des ouvriers. Par la résidence, on promeut la mise en place d'un nouveau rapport social en mettant en présence des personnes issues de milieux différents. En habitant dans le quartier prolétaire, la personne résidente peut alors établir une relation de confiance et promouvoir une entraide au sein du voisinage.

« Il est une raison fondamentale pour laquelle les colonies sociales doivent prendre le pas sur les œuvres anciennes. Celles-ci ont toutes plus ou moins un caractère de bienfaisance, ce sont des œuvres charitables, au sens que l'usage a donné à ce mot ; or, ce dont la reconstitution sociale a surtout besoin, c'est de justice » (De Gourlet 1904 citée dans Eloy 2012)

¹⁵ <http://memoiresvives.centres-sociaux.fr/histoire/portraits-dacteurs/>

C'est donc sur ce principe que se développent les maisons sociales, dont la plus célèbre fut celle fondée par Marie-Jeanne Bassot à Levallois-Perret. En 1909, on compte 6 maisons sociales et 26 résidentes (FCSF 2007).

Les « Maisons sociales » se développent sous l'impulsion de femmes issues de classes privilégiées (voir encadré 2). Elles initient une des premières formes de l'assistance sociale, notamment dans ses dimensions collectives et localisées (Rupp et Guerrand 1978 ; Denieuil et Laroussi 2005), dimensions qui caractérisent aujourd'hui l'action des Centres Sociaux. Elles concourent à la formation et la professionnalisation des travailleurs sociaux (voir encadré 2 *Apolline De Gourlet*). Par exemple, Marie-Jeanne Bassot et Marie Diémer participent à la création du diplôme d'état d'assistante sociale en 1932 par leur implication dans le « Comité d'entente des Écoles françaises de service social »¹⁶.

Suite au procès Bassot en 1909 (voir encadré 2, *Marie-Jeanne Bassot*), les « Maisons sociales » deviennent « Résidences sociales » et continuent de se développer avec la création de structures similaires comme le « Préventorium de Viroflay » (1921) ou le « centre médicosocial de Saint Denis-Mutualité » (1934). Toujours à l'initiative de Marie Jeanne Bassot et suite à un voyage aux États-Unis où elle visite des *Settlements*, les femmes organisatrices des Résidences sociales créent en 1922 la « Fédération des Centres Sociaux de France » (FCSF). On retrouve parmi les premiers adhérents à la FCSF des « Résidences sociales », des « Œuvres », ou encore des « Maisons pour tous ». Bien que le terme « Centre Social » soit dans le nom de la fédération et fasse l'objet d'une publication en 1927¹⁷, il n'apparaît pas avant 1930 parmi les noms des structures adhérentes (Mauguin 2004).

Les Centres Sociaux sont absents des premiers courants de l'éducation populaire, laïque et s'inspirant de la Révolution et du marxisme. On y retrouve par contre des figures du christianisme social (mouvement qui donne aussi naissance à des mouvements comme la ligue ouvrière chrétienne). Par exemple, Mercedes Le fer de la Motte est accusée de modernisme social (Blum 2002), démarche issue de la pensée chrétienne qui passe par la neutralité confessionnelle des œuvres. La mise en place des Centres Sociaux, notamment via le modernisme social, rejoint une histoire plus large de laïcisation des pratiques de charité chrétienne (Poujol 2004).

¹⁶ Le Comité d'entente des écoles françaises de service social et crée en 1923 par l'association de 6 écoles de service social (dont l'école normale sociale) afin de créer un diplôme d'État pour les carrières sociales, distinct du diplôme d'infirmière visiteuse instauré en 1922. (Pascal 2012)

¹⁷ M.J Bassot et M.Diémer (1927) présente le rapport « *Les Centres Sociaux* » au congrès du redressement français en 1927 (Mauguin 2004)

1.1.1.c. Questionner son héritage

Paul Maguin¹⁸ (2004) tire le bilan suivant de cette première phase de l'histoire de Centres Sociaux. Le monde ouvrier ne s'est pas approprié le Centre Social et l'ambition de transformation de la société par le rapprochement des classes sociales ne s'est pas concrétisée. Bien qu'appréciés, les Centres Sociaux ne sont pas un moyen d'« émancipation collective » pour les ouvriers. Ils (les ouvriers) se tournent vers des formes politiques et syndicales pour satisfaire cette ambition d'émancipation. L'auteur souligne la dimension exogène de la mise en place des premiers centres, avec leurs porteurs issus des classes privilégiées ou clercs inspirés par le christianisme social. *« Ils n'ont pas compris qu [e la culture] est constitutive d'identité pour ceux qui en sont porteurs et qu'ils ne pouvaient substituer leur culture à celle du monde ouvrier. Comme le développement social, le développement culturel est d'abord endogène. »* (Maguin 2004, p.8)

De manière similaire, pour Robert Durand, les liens entre ces premiers Centres Sociaux et la dimension de lutte sociale sont un « rendez-vous manqué » (Durand 1996) et non un élément constitutif de leurs identités. Pour l'auteur, la vision déconflictualisée de la vie sociale des pionnières des Centres Sociaux est assimilable à un aveuglement :

« Autre erreur : la volonté d'instaurer d'entrée de jeu la paix sociale, de réaliser dans le centre la fraternité entre toutes les composantes de la société en ignorant la dimension conflictuelle des rapports sociaux [...] Au lieu d'une maison où on apprend à des ouvriers à porter le chapeau, le Centre Social devrait être une école où se forment des militants capables d'aider au jour le jour à la prise de conscience du monde ouvrier et de le rendre capable de s'engager plus lucidement dans les autres champs d'action » (2005, pp. 23-24).

Robert Durand¹⁹ et Paul Maguin sont des professionnels et militants de la FCSF. Leurs lectures de l'action des premiers centres se fait via des perceptions plus récentes de ce qu'est, ou doit être, un Centre Social. Les pionnières des Centres Sociaux s'inscrivent dans une philanthropie de notables où l'objet n'est pas l'émancipation, mais l'assistance. Cette teinte émancipatrice et lutte sociale est plus proche de l'éducation populaire, ce qui n'est pas le cas des premières structures. Ces dimensions arrivent plus tardivement dans leur histoire, pendant les années 60-70.

Ces militants regardent les premiers Centres Sociaux et leur rapport à la population au travers ce que deviennent les Centres Sociaux à partir des années 70. C'est l'illustration d'une tension interne à l'histoire des Centres Sociaux autour de la question de l'endogénéité. L'endogénéité considérée est ici celle de la pratique. Une pratique endogène est celle qui naît au sein d'un groupe et non de l'application

¹⁸ Paul Maguin a été, pendant plusieurs années, délégué de la Fédération des Centres Sociaux de la Loire avant de devenir de 2001 à 2009 le président de « Mémoire vives » association ayant pour but de diffuser et de construire l'histoire des Centres Sociaux.

¹⁹ Robert Durand est un ancien conseiller technique à la CNAF et un ancien délégué de la FCSF. Il est le président de l'association « Mémoires Vives — Centres Sociaux » qui a pour but de diffuser et de construire l'histoire des Centres Sociaux. Il est également l'auteur de « Histoire des Centres Sociaux : Du voisinage à la citoyenneté » (1996).

d'un modèle extérieur. Cette tension est similaire à la difficulté actuelle de définir le Centre Social : faut-il se rapporter à la définition issue d'une réflexion de groupe ou celle formulée par une institution extérieure ?

1.1.2. Du Centre Social au centre socioculturel : 1945 – 1980

L'écart entre la proposition des premiers Centres Sociaux et le modèle du Centre Social des années 70 se construit en une trentaine d'années. Au cours de cette période, les Centres Sociaux changent d'approche, s'éloignent de l'assistance et de la question ouvrière pour faire de l'animation sociale locale. Dans le même temps, ils se rapprochent de l'action publique autour d'une action familiale et de prestations de services. Cette période voit ainsi émerger deux dimensions des Centres Sociaux, l'action « institutionnalisée » et l'action militante.

1.1.2.a. De la question ouvrière à la politique familiale

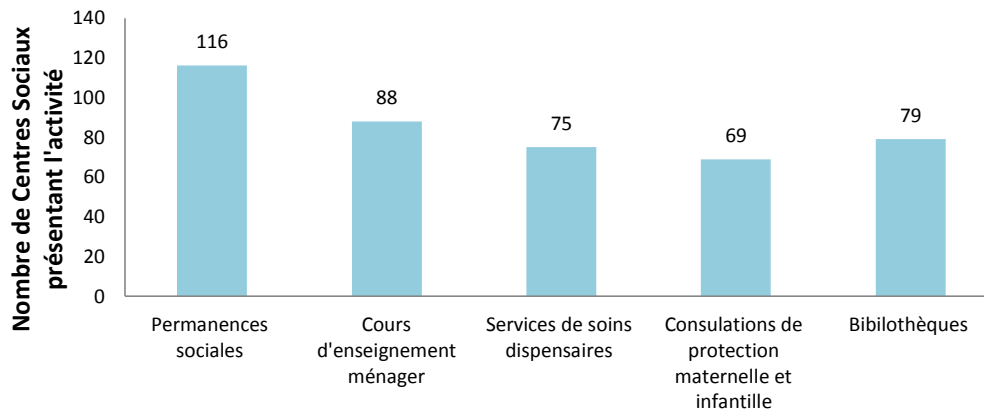
Au sortir de la Seconde Guerre mondiale des Centres Sociaux font partie des quelques équipements sociaux collectifs à être reconnus d'utilité sociale. Dès 1948, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) adhère à la FCSF, crée de nouvelles structures ou attribue des financements à des structures existantes. À partir de 1964, les Centres Sociaux peuvent être gérés directement par des municipalités (Denieuil 2008).

En raison de l'investissement de la CNAF et de la question des grands ensembles (I.1.1.2.b.i), les Centres Sociaux s'éloignent de la question ouvrière. L'intérêt de la CNAF pour les Centres Sociaux fait écho à la dimension familiale dans leur approche. Dans leur article de 1927 présentant le Centre Social, Marie-Jeanne Bassot et Marie Diémer décrivent le Centre Social français comme « *cherch [ant] en premier lieu à être un point d'appui pour la famille* ». Une approche « *de la question sociale par la famille qui n'est pas sans rappeler Leplay et les origines confessionnelles des Centres Sociaux* » (Dessertine 2002).

Cette spécificité va en faire un acteur important de la politique familiale d'après-guerre. Cela s'illustre par le rôle important des CAF dans l'augmentation du nombre de Centres Sociaux dans les années 50. En 1955, on compte 103 centres en gestion directe par des CAF (sur environ 190 Centres Sociaux), 152 en 1963 (sur environ 223) (Eloy 2015). Durant la même période émergent des Centres Sociaux gérés par la MSA (mutualité sociale agricole). Ceci est un développement notable de la pratique des Centres Sociaux, jusqu'alors marqués par des problématiques urbaines. L'introduction de la MSA souligne l'éloignement de la question du prolétariat urbain avec l'émergence d'un prolétariat agricole.

À l'orée des années 60, les Centres Sociaux sont des structures à activités sanitaires, médicosociales et sociales. Une enquête réalisée en 1952 illustre ces orientations (voir figure 3). Avec la place importante que prennent les CAF, les Centres Sociaux apparaissent également comme relevant de la branche famille de la sécurité sociale. Ils relèvent de plus du Ministère de la Santé et de la Population.

Figure 3 : Activités les plus fréquentes dans les Centres Sociaux en 1951



Enquête réalisée sur 120 Centres Sociaux.
Sources : Eloy 2015, d'après Arnion et Maze 1952

1.1.2.b. L'animation de la vie sociale locale

1.1.2.b.i Intervenir sur un secteur géographique

Ce n'est qu'en 1952, dans un rapport de l'ONU, qu'est finalement formulée une définition du Centre Social français :

« On entend par Centre Social une organisation qui, avec la collaboration des usagers, s'efforce de résoudre les problèmes propres à la population d'un quartier ou d'un secteur géographique, en mettant à sa libre disposition, dans un local approprié, un ensemble de services et de réalisations collectives de caractère éducatif, social ou sanitaire, animé par une assistante sociale responsable de la marche générale du centre, qui doit y assurer des permanences régulières et si possible y résider. » (Arnion et Maze 1952 cités par Dessertine 2002)

Plusieurs éléments de cette définition soulignent l'évolution du Centre Social. Le principe de résidence n'est plus obligatoire et la différence de classe entre la personne résidente et les personnes accueillies, bien que supposée, n'est pas constitutive de la démarche. L'objet n'est plus de mettre en présence des classes sociales distinctes pour construire un nouveau rapport social, mais d'associer des usagers collaborant avec un professionnel (ici une assistante sociale).

Surtout, le Centre Social s'intéresse à des problèmes spécifiques d'une population qui ne se définit plus par sa classe sociale, mais par son appartenance géographique. Ce changement est lié au contexte social de l'époque. La « question sociale » dans l'après-guerre et durant la période suivante des Trente Glorieuses n'est plus la question ouvrière. Les besoins de reconstruction, le développement et la tertiarisation de l'industrie et l'exode rural sont autant de facteurs qui aboutissent à la construction des grands ensembles. Ces nouveaux espaces n'accueillent pas seulement des ouvriers, mais aussi des employés, etc. La question n'est donc plus la marginalisation d'une classe sociale mais le manque d'équipements dans ces nouveaux quartiers en matière de services ou d'espaces publics. Cela combiné au développement du temps libre crée une demande en termes de vie sociale locale (Maguin 2004).

« L'image du grand ensemble est aux yeux du grand public celle d'une organisation conçue par une administration anonyme et lointaine où l'individu n'est pas en mesure d'exercer sa liberté de choix, ses facultés d'initiative, son désir d'appréciation et de participation. » (Extrait du Chapitre I objectifs généraux : les villes neuves de la république, cité dans Claude 2006²⁰)

Les Centres Sociaux vont rapidement se rapprocher des discours et des activités socioculturelles qui *« apparai [en] t alors plus en mesure que l'éducation populaire d'accompagner localement les désirs de liberté, de promotion et de vie sociale partagée exprimés par les habitants »* (Eloy 2015 p. 37-38). La dimension socioculturelle apparaît comme un mode d'action naturelle pour répondre au besoin d'animation de la vie sociale des grands ensembles. Le Centre Social s'oriente vers la réponse à cette nouvelle problématique. Il offre la possibilité de participer à des *« réalisations collectives de caractère éducatif, social ou sanitaire »* (Arnion et Maze 1952) à l'échelle du quartier. En associant les usagers, l'approche des Centres Sociaux se rapproche d'une ambition d'endogénéité. On ne fait plus pour, on fait avec.

1.1.2.b.ii Le tournant socioculturel

La dimension socioculturelle est un moyen d'inciter à la participation de la population et l'expression des besoins d'un groupe au travers leur implication dans des activités. Elle est mise en avant par les directives des politiques familiales et la FCSF. L'union nationale des caisses d'allocations familiales (UNCAF) en 1958 exprime que, en plus des services actions déjà mis en place, *« d'autres activités d'ordres éducatifs et culturels [...] peuvent intéresser la population du secteur géographique et qu'il parait naturel d'offrir aux groupements ou personnes responsables de ces activités de faire fonctionner celles-ci dans les locaux du Centre Social »* (UNCAF 1958, p.227-228).

La FCSF incite à l'intégration de porteurs bénévoles d'activités socioculturelles au sein des locaux et dans les programmes d'activité du centre. Elle se rapproche du secrétariat d'État à la jeunesse et aux sports, reçoit un agrément d'association nationale d'éducation populaire en 1964 et devient en 1967 la *« fédération des Centres Sociaux et socioculturels de France »* (Eloy 2015). Bien que les activités de loisirs et culturelles aient toujours fait partie de la proposition des Centres Sociaux, l'inflexion rapide de cette tendance, passant d'une dimension mineure au mode de fonctionnement principal témoigne de l'adaptation des Centres Sociaux au contexte social, aux besoins des populations qui les côtoient et aux évolutions institutionnelles.

La FCSF va également encourager le développement de Centres Sociaux associatifs, particulièrement dans les nouveaux quartiers (Maguin 2004). En 1969, les Centres Sociaux associatifs viennent égaler le nombre de centres en gestion directe par les CAF ou les CMSA (caisses de mutualité sociale agricole),

²⁰ Issue des archives départementales du Val d'Oise. Reference AD 95, 1382W-174W40. D'après Claude (2006), il pourrait s'agir du premier chapitre d'un cours.

faisant de l'investissement des Centres Sociaux par les habitants une des évolutions majeures de la période.

1.1.2.b.iii L'animation globale

L'ouverture des prestations de service²¹ de la CNAF aux Centres Sociaux amorce l'idée d'agréer les structures pour distinguer celles qui seront éligibles à un financement. Dès 1970, la CAF met en place une procédure d'agrément pour financer les centres qu'elle ne gère pas directement via la prestation de service « Animation globale ». Elle est versée à 402 Centres Sociaux dès la première année (on compte environ 700 Centres Sociaux en 1972).

L'institutionnalisation de la notion d'« animation globale » en tant que référentiel de l'action des Centres Sociaux vient clôturer le tournant socioculturel de leur action. En cela, la trajectoire des Centres Sociaux correspond à celle plus générale des structures d'éducation populaire :

« Dans les années 1960, une notion vient balayer celle d'Éducation populaire : c'est celle d'Animation socioculturelle. C'est un projet "ouvert à tous" et cette ambition lui vaut les faveurs de l'État ; elle est dès lors largement financée et les militants de l'Éducation populaire deviennent des professionnels. » (Poujol 2005 p. 129)

Cette professionnalisation s'illustre, entre autres, par la création en 1979 du Diplôme d'état relatif aux fonctions d'animateur (DEFA). Les animateurs remplacent progressivement les travailleurs sociaux dans les équipes de permanents des Centres Sociaux, car « après la redécouverte du rôle premier des Centres Sociaux comme pôles d'animation de la vie locale, on constate qu'aucune profession sociale n'est préparée pour les fonctions de directeur de centre » (1996, p. 143).

Avec ce basculement, on retrouve le refus de « toutes références directes à la transmission du savoir et des valeurs » (Poujol 2005). La pédagogie et les schémas de pensée de l'intervention se font plus horizontaux. Depuis leurs fondations, les Centres Sociaux opéraient principalement au travers d'un référentiel d'éducation et d'assistance, alors qu'avec l'animation globale :

« Il s'agit de se mettre au service de [la] liberté [des hommes], d'aider, de faciliter, de rendre possible certaines éclosions. Il faut permettre à des virtualités de se révéler et de s'accomplir, à des processus de se développer... Animer, c'est susciter ou activer un dynamisme qui est tout à la fois biologique et spirituel, individuel et social [...] » (Théry²², Garrigou Lagrange et Porte 1966)

²¹ Les prestations de services des CAF correspondent à « l'ensemble des tâches et des services qui concourent à ce que le bénéficiaire d'un type d'allocation (ayant droit) soit convenablement traité (qu'il reçoive en temps utile non seulement les sommes ou les avantages qui lui sont dus, au titre de cette allocation, mais des informations, des conseils, etc.) » (Strobel 1993). Le versement des « prestations de services » aux Centres Sociaux correspond au financement des services CAF fournis dans et pas les Centres Sociaux.

²² Théoricien de l'animation, Henry Théry est également une figure des Centres Sociaux. Il entre au Conseil d'administration de la FCSF en 1961 et en devient le président quelque année plus tard.

Le cadre de l'animation globale met le groupe de personnes qui reçoivent le service au cœur de la démarche. L'objectif est de « *susciter ou activer un dynamisme* », de créer des dynamiques au sein du groupe afin que celles-ci soient à l'origine de changements, d'« *éclosions* ».

1.1.2.c. Définition de l'institution et militantisme

L'approfondissement du lien avec les CAF au cours des années 70 fait entrer la vocation familiale dans la définition des Centres Sociaux (Dessertine 2002). Cette dimension familiale était constitutive des Centres Sociaux français, mais ce n'était pas un élément de définition des Centres Sociaux. De la même manière que la prestation de service « animation globale » entérine celle-ci comme un référentiel majeur de l'action des Centres Sociaux, les liens aux CAF inscrivent la dimension « famille » plus profondément.

Pourtant l'évolution rapide des structures au cours des années 60 vers l'animation globale et le socioculturel éloigne la pratique des centres de cette entrée famille. Ces orientations ouvrent les Centres Sociaux à un public jeune, ce qui les rapproche plus des MJC (ce qui posera d'ailleurs des questions de coexistence des structures [Eloy 2015 ; Besse 2002]) que des Centres Sociaux des années 50. Le poids de la CAF dans la définition des Centres Sociaux vient illustrer un phénomène évoqué en introduction : la définition institutionnelle du Centre Social arrive *a posteriori*. L'ancrage « famille » des Centres Sociaux correspond aux Centres Sociaux des années 50 et non aux structures des années 70. L'influence de la CAF sur la manière de définir le Centre Social construit une image fondée sur les besoins de diffusion et de mise en place de la politique familiale et n'est pas un reflet des Centres Sociaux à ce moment-là.

Si cette dimension exogène de la définition des Centres Sociaux existe dans les approches de la CAF par la dimension « famille », ne l'est-elle pas aussi pour l'animation globale ? La dimension socioculturelle et l'animation globale sont des aspects reconnus par les CAF et financés via la prestation de service. Doit-on considérer que ces dimensions sont aussi exogènes que la dimension familiale ? Dans une certaine mesure, au regard de l'histoire, l'animation globale peut même être considérée comme plus exogène que la dimension familiale. Il est nécessaire de se pencher sur ce que sont les Centres Sociaux à ce moment-là.

Cette période marque le retour du fait associatif dans les Centres Sociaux après une décennie durant laquelle les Centres Sociaux CAF étaient majoritaires. Le tournant socioculturel en fait des lieux d'auto-organisation, une proposition nouvelle de gestion d'équipement et de service qui répondent aux besoins de l'émergence d'une nouvelle classe moyenne (Durand 1996). On peut alors se demander si cette montée de l'association marque un point de pivot entre les dynamiques exogènes et endogènes. En associant des habitants, en ayant des habitants à l'origine du projet « Centre Social » le développement de la vie sociale locale correspondrait à l'endogénéité qui manquait aux premiers Centres Sociaux ?

Le rapprochement de la FCSF avec les courants de l'éducation populaire contribue à donner aux Centres Sociaux une culture militante qui n'existait pas. Pourtant les Centres Sociaux présentent « *des rapports*

dominants/dominés, des rapports institutions/usagers, des rapports experts/hommes ordinaires, des rapports gestionnaires de fonds publics/simples citoyens... » (Durand 1996, p. 130.). Rappporter cela aux réflexions de Paul Maguin sur les logiques exogènes des premiers Centres Sociaux permet de souligner l'évolution des logiques tout en questionnant leurs caractères endogènes. Même si la question n'est plus de « substituer » une culture à l'autre (Maguin 2004), les dynamiques ne sont pas tout à fait endogènes. Elles ne préexistent pas à la mise en place du Centre Social. Elles sont le résultat du travail des professionnels. C'est le rôle de l'intervention extérieur que de susciter une démarche « endogène ».

Qu'est-ce qui définit alors le Centre Social ? Est-ce la capacité à être le relai d'un politique dans un secteur géographique donné ou la volonté de construire des dynamiques à l'intérieur de celui-ci ? À la fin des années 1970, la tension exogène/endogène est inhérente à la pratique des Centres Sociaux plus qu'un enjeu de définition.

1.1.3. Politiques publique et crise de sens : depuis 1980

C'est à partir des années 80 que la question exogène/endogène se transforme et évolue de « qu'est-ce qui définit le Centre Social » à « qui définit le Centre Social ». En 40 ans, la CAF est passée d'une institution reconnaissant l'intérêt des Centres Sociaux pour la mise en place de sa politique à l'institution qui définit le Centre Social. À partir de 1984, les règles de l'agrément sont mises en place tel qu'il est pratiqué aujourd'hui. L'obtention de l'agrément se fait à la signature d'un contrat de projet social entre la structure et la CAF et est sujet à renouvellement tous les 4 ans²³. La CAF devient donc la seule décisionnaire de l'obtention de l'agrément (Crépin et Le Jeannic 2000).

1.1.3.a. Vers les définitions du Centre Social

Les Centres Sociaux deviennent alors des structures qui « *relevant de la politique d'animation de la vie sociale portent des missions d'intérêt général référées à un territoire délimité.* » (CNAF 2012). En 1995, la CNAF précise les objectifs des projets sociaux. Ceux-ci se rédigent au moment du renouvellement de l'agrément, supposent la mobilisation des acteurs du Centre Social (professionnels, bénévoles et potentiellement les partenaires) dans sa rédaction et son élaboration. Ensemble, ils doivent organiser des temps d'échanges et de travail collectif afin d'élaborer les projets qu'ils envisagent pour l'avenir et d'évaluer ceux qu'ils ont mis en place par le passé (voir partie I chapitre 4 – 1.3.1).

En précisant les objectifs des projets sociaux, la CNAF met l'accent sur la participation des usagers la recherche de partenariat et l'ancrage territorial. C'est également à ce moment-là que la CAF commence à encourager la gestion associative des Centres Sociaux, se dégageant peu à peu de la gestion directe des structures. En 1998, la CNAF renforce la vocation familiale des Centres Sociaux par la création d'une nouvelle prestation de services pour le soutien des actions collectives au bénéfice des familles, instaurant

²³ Les projets sociaux des Centres Sociaux étudiés ont fait l'objet d'une analyse dont la méthode est présentée dans la partie I chapitre 4 – 1.3.1.

le poste de « référent famille ». Selon l'enquête SENACS²⁴ de 2015, 100 % des Centres Sociaux mènent des actions familiales et 90 % bénéficient de cette prestation collective famille. Enfin, en 2012, la CAVS structure les missions des Centres Sociaux autour de 5 axes (Direction des politiques familiale et sociale, 2012) qui formulent la définition du Centre Social pour la CAF :

- Organiser une fonction d'accueil et d'écoute
- Développer un projet « famille »
- Assurer une attention particulière aux publics fragilisés
- Développer des actions adaptées aux spécificités de territoires
- Favoriser la participation des habitants-usagers

Or, la définition de la Charte fédérale des Centres Sociaux et socioculturels de France adoptée par la FCSF en 2000 définit le Centre Social comme : « *un foyer d'initiatives porté par des habitants associés appuyés par des professionnels, capables de définir et de mettre en œuvre un projet de développement social pour l'ensemble de la population d'un territoire.* » (FCSF 2000) On remarque que celle-ci porte essentiellement sur la dimension de co-construction de la démarche associant habitants et salariés, sans préciser l'orientation famille ou public fragilisé listée dans les missions de la CAF. D'où vient la nécessité pour la FCSF d'adopter une nouvelle définition du Centre Social 78 ans après sa fondation et 16 ans après mise en place de l'agrément. Pour le comprendre, il est nécessaire de revenir sur l'évolution des contextes financiers et institutionnels depuis les années 80.

1.1.3.b. Évolution du financement

Le rapprochement des Centres Sociaux de l'État à partir de 1945 a conduit à la construction d'un fort lien de dépendance (Archambault 1996). Cette dépendance est d'abord financière. Les Centres Sociaux passent d'un mode de financement privé à un fonctionnement fondé sur les subventions publiques. Les années 80 marquent pour Robert Durand (Durand 1996), l'entrée des Centres Sociaux dans « *le temps des turbulences* ». L'évolution du contexte économique suite à la crise pétrolière des années 70 fait changer la situation des Centres Sociaux. Après des années fastes en termes de financement et de reconnaissance, les aides de l'État et de la CNAF stagnent²⁵ ce qui conduira en 1980 à la campagne « 1000 Centres Sociaux en péril ».

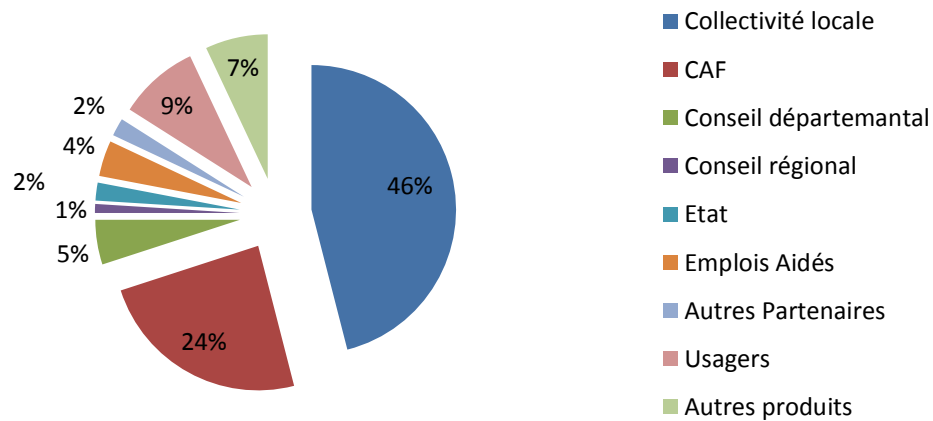
L'évolution du contexte économique et politique change les logiques de financement. Il n'est plus question que la CAF et l'État soient les uniques financeurs des Centres Sociaux. Les Centres Sociaux sont encouragés à chercher d'autres sources de financements, notamment vers les collectivités territoriales dotées de nouvelles compétences suite à la décentralisation. Le chômage de masse dû à la crise

²⁴ SENACS : Système d'Échange National des Centres Sociaux : outil à destination des Centres Sociaux, des Caisses d'allocations familiales, des Fédérations ou Unions de Centres Sociaux participant, à la mise en place d'un Observatoire national

²⁵ Il s'agit d'une considération sur la part de ces subventions dans le financement des Centres Sociaux et non sur les sommes en termes de valeurs absolues.

économique est particulièrement sensible dans les banlieues et les grands-ensembles où les Centres Sociaux sont présents. Cela va en faire des relais privilégiés des politiques sectorisées concernant ces nouvelles problématiques : politique de l'emploi, prévention de la délinquance, politique de la ville, etc. (Maguin 2004). Le changement de contexte présente, de manière caricaturale, un dispositif de financement pour chaque public et place les Centres Sociaux comme relais de différentes politiques pour différents publics.

Figure 4 : Financeurs et produits des Centres Sociaux français



Sources : SENACS 2016

Aujourd'hui, le modèle financier des Centres Sociaux est largement dominé par la logique de subvention. Les institutions subventionnaires ont évolué (voir figure 4) et les actions sur lesquelles portent ces financements se sont spécifiées. Par exemple, le financement CAF est issu de différentes prestations de service (animation globale, prestation collectives familles, etc.) ; le conseil départemental intervient sur des ateliers santé, bien-être pour les publics en situation d'isolement ou de fragilité ; l'insertion professionnelle se fait en lien avec les services de l'État, etc.

1.1.3.c. Le retour aux valeurs

Face à un manque de militants et en réponse à des besoins financiers, les Centres Sociaux dans les années 80-90 s'orientent massivement vers la mise en place de ces politiques publiques. Pour Paul Maguin (2004), la baisse du militantisme s'explique par une remise en cause des idéologies du progrès qui portaient les Centres Sociaux : la fin du christianisme comme référence majoritaire, un recul de l'engagement politique des nouvelles générations, etc. L'engagement existe toujours, mais sous des formes nouvelles avec des formes ponctuelles vers des sujets comme l'environnement ou l'humanitaire, au détriment de la forme d'engagement que proposent les Centres Sociaux.

Le développement des politiques décentralisées et sectorisées et l'essoufflement du militantisme ont conduit les fédérations, durant la décennie suivante, à conduire plusieurs réflexions sur le sens et les valeurs des Centres Sociaux. Ces évolutions ont conduit les Centres Sociaux à des logiques plus proches

de l'assistance que du développement social, de la proposition de services plus que de l'animation. Durant les années 90, les démarches fédérales se concentrent sur l'identité des Centres Sociaux et la formulation de leurs spécificités, illustrant un besoin de réaffirmer par eux-mêmes et pour eux-mêmes une identité collective.

1.1.4. Du choix d'une définition

Le questionnement endogène/exogène se révèle cette fois au travers de l'agrément et du financement. Deux définitions coexistent : une définition « pratique » de ce que doit faire un Centre Social, avec une liste de missions et une définition « militante » de ce que doit être un Centre Social, avec un rappel sur des valeurs. La première est issue d'un agrément et de financements extérieurs et la seconde, développée en réaction, est la parole politique d'une fédération. Aucune de ces définitions n'est tout à fait complète.

L'ambition de la dynamique fédérale est un projet politique : *« Leurs soucis [aux Centres Sociaux dans la démarche fédérale] consistent à offrir aux "promoteurs d'autonomies" quelques-unes des conditions pour développer leurs capacités à imaginer leurs contributions au monde plus solidaire à construire »* (Colombani²⁶ 1996 p.254). Les dynamiques fédérales sont là, entre autres, pour formuler la « parole des Centres Sociaux » et cette parole n'est pas nécessairement alignée avec les cadres généraux de l'action publique ou de l'institution à laquelle ils sont rattachés. En affirmant une position singulière, les fédérations cherchent à faire évoluer les cadres des politiques publiques : *« Ce que l'on cherche au fond de tout ça [le travail fédéral] c'est quand même de faire évoluer les politiques publiques, en matière d'accompagnement du vieillissement par exemple. »* (entretien n° X)²⁷

Le discours fédéral tient à l'affirmation de valeurs et d'une position des Centres Sociaux, plus qu'à la volonté de leur donner une définition complète. En cela on peut interroger son caractère endogène. Comme la définition CAF, il s'agit d'une définition *a posteriori* qui met avant les aspects des Centres Sociaux pertinents pour le projet politique de la FCSF.

De plus, la définition de la Charte fédérale des Centres Sociaux et Socioculturels de France, bien que largement admise, n'est pas la seule que les Centres Sociaux se donnent, et ce même au sein des centres fédérés. La 3^e définition présentée dans l'introduction de cette section (voir tableau 1) est formulée 17 ans plus tard lors d'une journée qui avait pour objectif de *« (ré)affirmer une identité collectivement »*. Les questions de sens et de valeurs sont toujours au cœur des réflexions et du développement de nouvelles orientations dans les Centres Sociaux et la reformulation d'une définition le souligne bien.

²⁶ Ancien délégué national de la FCSF

²⁷ Les entretiens sont présentés dans le chapitre 4 – 2.2.1

Ainsi la problématique endogène/exogène traverse aussi bien la pratique que les définitions des Centres Sociaux. Il ne s'agit pas de préférer une de ces deux dimensions à l'autre, mais de souligner qu'elles coexistent. Les Centres Sociaux mettent en place des dispositifs de politique publique exogène et développent des actions portées par et pour des habitants. Les comprendre nécessite de prendre en compte ces deux aspects, aussi bien comme relais d'une institution que comme porteur d'un projet politique et militant.

1.2. De l'espace à l'habitant : évolution du rapport au territoire dans les Centres Sociaux

La présence ou absence de la dimension territoriale dans les définitions des Centres Sociaux étaient un point soulevé dans l'introduction de cette section. Cette dimension spatiale est une question importante de cette recherche, sur laquelle nous reviendrons à plusieurs reprises pour interroger sa place et les enjeux que la territorialisation de l'action des Centres Sociaux revêt aujourd'hui. L'histoire de ce rapport au territoire, au lieu d'implantation met de nouveau en avant la tension endogène/exogène et se traduit par deux aspects facteurs principaux : la place de la personne dans le Centre Social et le lien à l'institution. Cela va évoluer de l'espace de la communauté, à la prise en compte des quartiers des usagers avant de mettre à jour une tension entre territoire et habitants.

1.2.1. L'espace de la communauté

1.2.1.a. Le voisinage

Aux origines des Centres Sociaux, ce n'est pas tant une dimension de territoire, au sens de périmètre d'action, qu'une idée de la proximité et du voisinage qui est au cœur de la démarche. Comme l'exprime Apolline de Gourlet, une des membres fondatrices de la FCSF :

« L'œuvre s'installe dans un quartier pour agir sur le voisinage : son action est avant tout une action de présence et les résidentes commencent par vivre tout simplement dans le milieu qu'elles aspirent à transformer ; elles sont là comme des voisines, comme de bonnes voisines ».
(citée dans Durand 1996 p.262)

L'intervention se centre sur cette relation de voisinage. Cela découle de l'implantation dans un espace précis, mais cette localisation de l'intervention n'est pas ce sur quoi l'intervention porte. *« L'interconnaissance est leur domaine d'intervention »* (Besse 2002, p.28). Les Centres Sociaux de première génération sont très proches des sphères privées et domestiques. L'action sociale proposée repose sur une relation de personne à personne dans un lieu de vie (celui de la résidente, voire au domicile de l'habitant) (Durand 1996) :

« Un des principaux emplois de la résidente est de faire et de recevoir des visites. Visites faites aux malades, aux voisins chez qui la misère frappe plus lourdement que de coutume, aux parents dont les enfants fréquentent le patronage, aux foyers près desquels un zèle toujours

vigilant a découvert une situation à régulariser... visites reçues de tous ceux qui ont une aide à demander, une démarche à solliciter, qui désirent des renseignements ou des conseils» (Assemblée générale de l'œuvre sociale de l'Œuvre sociale de Popincourt 1903²⁸, citée dans Eloy 2012)

1.2.1.b. Professionnalisation de l'intervention sociale

Ces structures se caractérisent par la proximité de la relation et pas par sa dimension locale. Pourtant les choix des lieux d'implantations vont de plus en plus dépendre des caractéristiques du quartier. Avant l'implantation d'une maison ou résidence sociale, une « enquête sociale » est réalisée²⁹ (Eloy 2012). Ces enquêtes ont pour but de renseigner les futurs résidents ou gérants des centres sur les structures existantes dans le quartier. À la fondation de la FCSF, Marie Jeanne Bassot préconise cette enquête en amont de la création du centre :

«Le comité d'initiative [pour la création d'un centre] doit être absolument renseigné sur toutes les œuvres ou organisations sociales du quartier et d'après ce qui existe ou ce qui manque, il pourra voir clairement par quelles activités débiter et comment atteindre les familles » (1927).

C'est là une préconisation et non une obligation, mais elle souligne une évolution dans les nouveaux Centres Sociaux. L'efficacité de leurs actions repose sur la connaissance de l'environnement dans lequel il est implanté. Être de bonnes voisines et de se faire solliciter ne suffit pas, l'enjeu est d'atteindre les familles du quartier en proposant des activités. Cette considération coïncide avec des réflexions sur la professionnalisation de l'action sociale et la création d'un diplôme. Le comité d'entente des écoles françaises de service social est créé en 1923 et aboutit à la création du diplôme d'état d'assistante sociale (voir note n° 16). La connaissance du quartier caractérise la démarche proactive du travailleur social, à la différence de ce qu'était l'action philanthropique.

La connaissance du quartier n'est pas un préalable à l'élaboration d'une réponse adaptée aux besoins de la population, mais un moyen de s'assurer de l'efficacité de l'action. Dans ces premiers temps de la professionnalisation de l'intervention sociale, Régis Cortéséro explique que les associations (ce que sont les tous les Centres Sociaux à ce moment-là) « n'incarnent pas une légitimité propre à la société civile, ascendante. Au contraire, elles ont vocation à remplir une fonction d'interface entre l'universel incarné par l'État et l'irréductibilité des situations locales où l'individu évolue. » (Cortéséro 2013, p.39.) On retrouve la dimension exogène de l'action des Centres Sociaux. Ils jouent un rôle d'interface entre les institutions et les populations locales. Ils ne sont ni le reflet des préoccupations de ces populations ni les porte-paroles et les situations locales ne sont finalement que les contextes dans lesquels évolue la communauté ciblée.

²⁸ Œuvre sociale, Assemblée générale du 23 janvier 1903, discours de M. Henri Bazire, Paris, Imprimerie J. Meersch 1903, p.6

²⁹ Avant l'ouverture de la Maison sociale Boulevard d'Italie en 1905, Mercédès Le Fer de la Motte fait faire une enquête sur le XIII^e arrondissement de Paris

1.2.2. Le quartier et les usagers

1.2.2.a. L'équipement urbain

Le développement des Centres Sociaux après la Seconde Guerre mondiale va s'effectuer dans un rapport différent au territoire. On assiste à un renversement des facteurs. L'entrée n'est plus la population, mais le quartier. Si, à l'origine, les pionnières « *cherch [aient] à adapter [leurs] secours aux nécessités actuelles de la vie ouvrière* » (Assemblée générale de La Maison sociale 1909³⁰, citée dans Eloy 2012), le passage de la question ouvrière aux grands-ensembles va changer l'approche des Centres Sociaux quant à la question de l'espace et du milieu de vie. Le développement des Centres Sociaux se fait dans le cadre de la mise en place des « équipements urbains ». Cette notion d'« équipement urbain » apparaît dès le III^e Plan, dit de modernisation et d'équipement (1958-1961), avant d'être affirmé dans le IV^e Plan : développement économique et social (1962-1965). C'est dans l'introduction de ce dernier qu'apparaît pour la première fois la notion d'équipement collectif (Fourquet et Murard 1976), ce que sont aujourd'hui les Centres Sociaux. Le changement de rapport au territoire est à comprendre avec les évolutions d'orientation des Centres Sociaux, le rapprochement aux acteurs des politiques institutionnelles et l'affirmation de l'action publique par l'aménagement du territoire.

Le besoin d'équipements urbains pour compléter l'habitat amène à la construction de grilles d'équipements qui encouragent la construction de nouveaux Centres Sociaux. En 1961, une circulaire du Ministère de la Santé publique et de la Population à destination des préfetures et des départements incite au développement des centres, notamment dans :

« [...] les nouveaux groupes d'habitations édifiés à la périphérie des agglomérations urbaines où les services indispensables à la population doivent être créés de toutes pièces et où il est très important de prévoir, dès le départ, les instruments d'une vie sociale propres à exprimer et à satisfaire les besoins de la nouvelle communauté » (ministère de la Santé publique et de la sécurité sociale 1961).

Cette circulaire est complétée quelques mois plus tard par une seconde, portant sur l'équipement sanitaire et social dans les structures urbaines, qui prévoit la construction d'une grille d'équipements sociaux résidentiels suivant l'importance du nombre d'habitants. Dans ce document, on prévoit la construction d'un Centre Social pour chaque unité de voisinage, soit 800 à 1200 logements (Maguin 2004).

Il s'agit d'une planification indicative et non impérative, mais elle illustre un changement majeur dans la mise en place de Centres Sociaux. Celle-ci n'est plus le résultat de la seule initiative privée issue de la volonté d'un groupe de personnes, elle peut être l'initiative d'une instance publique (Mutualités, collectivités ou CAF). C'est d'autant plus notable que pendant la première partie des années 60, plus de la moitié des Centres Sociaux sont des centres CAF, développés pour servir le déploiement de son action

³⁰ Texte manuscrit préparé pour l'assemblée générale

sociale. La mise en place des Centres Sociaux sort d'une perspective essentiellement urbaine pour intervenir dans d'autres types d'espace. Les Centres Sociaux se développent dans des espaces où les aménageurs identifient un besoin de service ou de relais à leurs politiques.

1.2.2.b. L'émergence de l'usager : spatialisation et décentralisation

Dans les années 60-70, une autre dimension du Centre Social s'affirme : l'usager. Leur implication dans le fonctionnement du Centre Social s'inscrit plus largement dans le mouvement populaire familial. Contrairement aux pionniers des Centres Sociaux, les militants de ce mouvement sont issus des classes populaires et centrent leur démarche sur le quotidien et le cadre de vie. Ils vont se retrouver :

« avec d'autres composantes du monde ouvrier dans la gestion de la Sécurité sociale, les œuvres sociales des comités d'entreprise, les organisations de locataires, les organisations de consommateurs, l'éducation populaire, le tourisme social, l'organisation des loisirs »
(Maguin 2004, p.13).

Cet engagement massif dans la vie associative locale ainsi, le tournant vers le socioculturel et la promotion de l'implication bénévole concourent à la mise en avant de l'initiative d'usagers. Les Centres Sociaux ne sont plus uniquement des équipements qui proposent des services. Même si c'est une réalité, notamment pour ceux créés et gérés en direct par les CAF, ils entendent être des outils d'animation de la vie sociale locale et donc *« susciter ou activer un dynamisme »* (Théry, Garrigou Lagrange et Porte, op.cit). Il ambitionne d'être une structure par et pour ses usagers, orientation confortée avec les encouragements à la forme associative de la FCSF. Un document de l'UNCAF³¹ en 1964 souligne que *« la participation à la gestion [des Centres Sociaux] tend même à devenir un droit. »* Le modèle d'*« animation socioculturelle »* met en avant une entrée par un groupe de personnes localisées.

Avec l'émergence de l'usager, les discours sur l'action des Centres Sociaux se spatialisent. La détermination des lignes directrices d'action d'un Centre Social se base sur une *« étude du milieu de vie »* (Besse 2002) comportant des éléments relatifs à l'environnement, les clivages sociaux, les dynamiques associatives, etc. Ces études devaient permettre de :

« consolider la délimitation des aires qui depuis le groupe d'immeubles jusqu'au niveau le plus global de la collectivité, en passant par les sous-quartiers et les quartiers, vont permettre de jalonner la vie sociale et de situer les différents types d'équipements. » (Théry, Garrigou Lagrange et Porte 1966) Comme ce fut le cas pour les *« enquêtes sociales »* du début du siècle, ces études sont réalisées en amont de la création du centre. L'objectif est de prendre en compte la configuration sociale et spatiale d'un lieu pour *« faire émerger une communauté de vie, dans un espace rationnellement défini »* (Besse p.30).

³¹ Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales

En 1965, la définition des Centres Sociaux intègre l'implication des usagers et la dimension géographique : « *On entend par Centre Social une organisation qui, avec la collaboration des usagers, s'efforce de résoudre les problèmes propres à la population d'un quartier ou d'un secteur géographique* » (FCSF 1964). La nuance entre le quartier et le secteur géographique comme espace de référence s'explique, entre autres, par le fait que l'action des Centres Sociaux n'est plus uniquement une action urbaine. La notion de quartier n'a que peu de sens en milieu rural (Besse 2002).

Dans une comparaison du rapport au local entre les MJC (maisons des jeunes et de la culture) et les Centres Sociaux entre 1950 et 1981, Laurent Besse distingue les deux approches de la manière suivante :

- Pour les MJC, le quartier est pensé comme intégré à l'espace communal, lui-même emboîté dans des échelles supérieures
- Pour les Centres Sociaux : le quartier est une entité en lui-même et les rapports hiérarchiques entre les échelles ne sont pas particulièrement intégrés à la prise en considération de l'espace qui est plus pris comme le périmètre d'inscription de la communauté.

La prise en compte de l'espace a donc évolué. Ce n'est plus uniquement du contexte dans lequel on trouve une population cible. Il est le périmètre qui définit la communauté sur laquelle on souhaite intervenir. « *Les Centres Sociaux s'inscrivent, à l'époque, dans une approche environnementale qui estime que l'amélioration du social passe par une amélioration du cadre de vie* » (Denieuil 2008). Les Centres Sociaux sont implantés dans des quartiers parce qu'on y a identifié des problématiques auxquelles ils peuvent répondre. Néanmoins les problèmes propres à la population du secteur géographique ne sont pas définis avec la collaboration des usagers, mais après la création du Centre Social.

Si le ciblage et le mode d'organisation changent, l'implantation de cette action reste exogène. La création du Centre Social n'est pas plus du ressort de la volonté des habitants du secteur géographique en question qu'elle ne l'était au moment de l'implantation des résidences sociales. La volonté des notables est remplacée par la volonté de l'institution, notamment des CAF. Celles-ci ont pour mission de développer une action sociale au service de leurs allocataires. Les Centres Sociaux se présentent comme un moyen d'ancrer leurs actions dans ces ensembles urbains nouveaux dépourvus d'autre service, mettant en place une forme de « *décentralisation* » de leurs actions.

1.2.3. Le territoire ou les habitants ?

1.2.3.a. Le projet de territoire une démarche de développement social local

1.2.3.a.i Un projet de territoire

Avec le développement de l'agrément « Centre Social » dans les années 80, le rapport à l'espace continu son évolution. L'obtention de cet agrément repose sur un contrat de projet social, exercice de diagnostic

participatif pour développer, par la suite, des actions répondants « *aux besoins des familles, des habitants et aux attentes sociales collectives* » (CAF, s. d.) du territoire délimité de l'agrément. Celui-ci peut correspondre à un quartier, une commune ou un ensemble de communes. Le choix du périmètre du territoire est issu de décisions prises conjointement par la ou les collectivités territoriales impliquées, la CAF et l'association s'il existe une association et qu'elle est porteuse de la démarche au moment de la décision.

On retrouve la démarche d'étude ou de diagnostic d'un espace des *enquêtes sociales* ou des *études de milieux*, mais le moment de sa mise en place a changé. Le projet social ne s'écrit pas avant de décider de l'implantation du Centre Social, mais après et tout au long de l'existence du centre puisque l'agrément est soumis à renouvellement tous les 4 ans.

Cette démarche de projet ancre les Centres Sociaux dans le développement social local (DSL) « *démarche fédérative visant à mobiliser durablement des acteurs d'un territoire autour d'un projet à la fois économique, institutionnel, social et culturel* » (Denieuil 2008, p.142). La définition des objectifs du Centre Social dans la circulaire CNAF de 1995 met en avant cette dimension :

« *Le Centre Social se caractérise par son rôle d'animation globale, sociale et locale, comme un lieu ouvert de rencontres et d'initiatives, par l'offre de services et d'activités coordonnés, par la concertation locale pour faciliter le développement social.* » (CNAF 1995 p.11)

1.2.3.a.ii La participation de l'utilisateur

La CAVS³² précise l'une des finalités d'un Centre Social comme : « *La prise de responsabilité des usagers et le développement de la citoyenneté de proximité* ». L'utilisateur n'est pas passif dans le Centre Social, mais doit prendre des responsabilités :

« *la réponse [des Centres Sociaux] en termes de « citoyenneté », cet autre nom donné à ce qui s'appelait jadis « l'implication des usagers, puis, naguère "la participation des habitants" voudrait contribuer à redonner au droit qu'ont les gens d'exercer leurs responsabilités dans l'espace collectif toute sa charge "civile" » (Colombani 1996 p.247)*

L'individu est alors usager de la structure et co-constructeur de son action : « *Le Centre Social suscite la participation et l'initiative des usagers et des habitants à la définition des besoins, à l'animation locale, aux prises de décision les concernant* » (CNAF 1995 p.10.). L'UNCAF souligne en 1964 que « *la participation à la gestion [des Centres Sociaux] tend même à devenir un droit.* ». Dans les Centres Sociaux actuels, la participation des usagers est essentielle, au cœur de leur démarche, et de leur rôle : « *car le principe fondateur du Centre Social repose sur l'initiative des populations censées définir leurs besoins et "prendre en mains leur destin" » (Bresson 2004).*

³² Circulaire d'animation de la vie sociale

La participation de l'utilisateur est donc une part essentielle des Centres Sociaux qui relève de plusieurs formes que nous évoquerons rapidement ici (puisqu'abordée sous l'angle de la participation sociale des aînés voir partie II chapitre 6). Une des figures les plus largement répandues dans le réseau pour évoquer les différents niveaux de participation dans un Centre Social est celle des 3 maisons. Le Centre Social représente 3 maisons différentes, mais complémentaires :

- La maison des services et des activités
- La maison des projets
- La maison de la citoyenneté.

Ces trois maisons renvoient aux 3 dimensions sur lesquelles le Centre Social se propose d'agir : la dimension individuelle par la proposition de services et d'activité, la dimension collective dans l'accompagnement de projets d'habitants et la dimension d'intérêt général par son action sur la citoyenneté des habitants. La plupart de ces services et activités relèvent des deux dimensions de la participation : une dimension de service pour la personne qui l'utilise et une dimension d'engagement pour les personnes qui contribuent à le proposer. Par exemple, dans les « aides aux devoirs » les enfants aidés sont accompagnés par un groupe de bénévoles.

Le bénévolat est au cœur des Centres Sociaux et ce sous différentes formes. L'enquête SENACS 2018 dénombre 52 000 bénévoles impliqués dans les instances de pilotages ou de gouvernance des Centres Sociaux en France, soit une moyenne de 29 personnes par Centre Social. On compte également 140 000 bénévoles engagés de façon ponctuelle ou régulière dans l'animation ou l'organisation d'activité, soit 76 bénévoles en moyenne dont 47 mobilisés régulièrement par Centre Social.

1.2.3.b. La figure de l'habitant

1.2.3.b.i Une autre traduction de la proximité

À partir des années 80, le « territoire » des Centres Sociaux équivaut au territoire de l'agrément. L'affirmation des valeurs et des mouvements autour de l'identité des Centres Sociaux au sein de la FCSF va construire un territoire qui apparaît comme une considération administrative plus qu'un élément de définition des Centres Sociaux. Pour illustrer cela, on peut se reporter aux paragraphes de synthèse que Paul Maguin (2004) propose pour les congrès nationaux des Centres Sociaux de 1984 et 1992 (voir tableau 2).

Comme pour répondre à cette condition de l'agrément, on voit se développer un discours autour de l'habitant dans les réflexions de la FCSF. Pour réaffirmer leur identité, les Centres Sociaux insistent sur le fait de mettre les « habitants au cœur » de leur projet et non plus les usagers. Ce changement de vocabulaire est important, car il souligne une distinction de plus en plus grande entre les logiques CAF et celles des Centres Sociaux. La dimension « usagers » disparaît des discours militants, mais est toujours présente dans la définition de la CAF. À l'inverse, les définitions de la FCSF ou des fédérations locales regroupent les aspects liés aux personnes et au territoire sous la qualification « habitants ».

Tableau 2 : Thèmes des congrès des Centres Sociaux de 1980 à 2000

1984	<p>4^e Congrès : Le Centre Social : un projet Les Centres Sociaux sont passés du régime des subventions à celui des financements sur contrats d'objectifs. Pour prévenir la dilution de leur identité, ils réaffirment leur projet global avec ses options fondamentales : les habitants au cœur du projet, la transversalité des actions, la vocation sociale, l'inscription dans le local.</p>
1992	<p>5^e Congrès : Vivre ensemble la citoyenneté Le Centre Social est le lieu d'action d'habitants qui sont d'abord des citoyens exerçant leur citoyenneté. Par conséquent, le Centre Social n'est pas sous-traitant, mais partenaire des pouvoirs publics et collectivités locales.</p>

Sources : Maguin 2004

Les Centres Sociaux vont plus facilement recourir à des notions comme la « proximité » ou le « local » pour qualifier la dimension spatiale de leur action bien avant la notion de « territoire ». Il est très rare de trouver dans des documents signés par la FCSF, ou les structures fédérales locales qui en découlent, l'expression qu'un « *Centre Social agit sur un territoire* », il sera présenté comme :

- une « *structure de développement social local* » (Fédération des Centres Sociaux de l'Ain 2014 ; Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire 2015),
- « *un équipement de proximité* » (SENACS 2014),

« *des équipements polyvalents ouverts à tous les habitants* » (FCSF 2017).

Quand le « territoire » est cité, c'est, comme dans la charte des Centres Sociaux, en précisant que le Centre Social agit en proximité sur un territoire ou pour la population d'un territoire. Il est d'ailleurs compliqué de cartographier les territoires des Centres Sociaux, l'information étant peu disponible en dehors des structures en elles-mêmes (voir partie III chapitre 7 – 1.2.1).

La notion d'habitants ancre les personnes sur le territoire d'une manière bien plus lisible que les usagers. La CAVS précise que les Centres Sociaux ont pour mission « *Le développement des liens sociaux et la cohésion sociale sur le territoire* » et « *La prise de responsabilité des usagers* » (Direction des politiques familiale et sociale, 2012). Mais le lien entre ces usagers et le territoire est nettement moins évident que dans la mention aux habitants.

1.2.3.b.ii Le pouvoir d'agir

La figure de l'habitant prend une place particulièrement importante avec la mise en avant de leur pouvoir d'agir. Introduit comme notion forte dans le réseau à partir de 2014, le pouvoir d'agir des habitants est aujourd'hui au premier plan des discours des Centres Sociaux sur leur pratique :

« *À travers la démarche de préparation du 8e Congrès des Centres Sociaux à Lyon en juin 2013 et l'évènement en lui-même (le plus grand rassemblement de notre histoire avec 3 300 personnes et la présence de pairs du réseau international de l'IFS³³), la FCSF a proposé un élan*

³³ The International Federation of Settlements and Neighborhood Centers – federation internationale des Centres Sociaux et de quartiers.

pour les années à venir. Il s'agit de faire évoluer les façons de faire pour, en somme, revenir aux sources : renforcer le pouvoir d'agir des habitants ! » (FCSF 2014 p.4)³⁴

Le pouvoir d'agir des habitants tel que compris dans les Centres Sociaux repose sur les travaux de Yann Le Bossé, qui le définit ainsi : « Le "pouvoir d'agir" désigne, au sens large, la capacité pour les personnes de maîtriser ce qui est important pour elles, leurs proches, la collectivité à laquelle elles s'identifient » (Le Bossé 2003).

Dans ce développement du « pouvoir d'agir », les Centres Sociaux proposent des actions dans une logique « ascendante ». Il s'agit de partir de l'habitant ou du groupe d'habitants, de leurs envies et de leurs besoins pour développer des actions. Le document de la FCSF souligne que si la notion est proche de la participation, la nuance entre les deux réside justement dans cette origine de l'action proposée. Dans le cas de la participation, le Centre Social se positionne plus dans une logique d'offre. Il offre un espace où participer, des activités où participer...

« Parfois on a le pouvoir d'agir là où on participe ; mais malheureusement le plus souvent, les espaces de participation offerts ne permettent pas de renforcer son pouvoir d'agir (notamment parce que les sujets ne sont pas ceux qui comptent pour soi et y sont définis par d'autres, parce qu'on ne maîtrise ni les objectifs ni les méthodes, parce qu'on ne participe pas effectivement aux prises de décisions, etc.) » (FCSF 2014 p.34)

Le recours à la notion d'habitant vient insister sur une dimension endogène au territoire dans le projet des Centres Sociaux là où le projet de territoire de l'agrément traduit une dimension très exogène, une exigence extérieure au Centre Social.

1.2.3.c. Le territoire comme moyen de légitimer l'action

L'argument de la légitimité ne se trouve plus dans le lien avec les pouvoirs publics, mais bien avec le territoire. Plusieurs éléments expliquent cette évolution : une volonté de rompre le lien avec l'institution et surtout la CAF, l'évolution des modes de financement et la volonté d'asseoir une approche transversale pour s'adresser à différents publics.

Le discours des Centres Sociaux quant à leur indépendance et la défense de leur autonomie associative s'appuie, à partir des années 1950, sur un « *lien institutionnel étroit, voire fusionnel, avec l'État* » (Bresson 2002, p.48). Ce discours se structure notamment au travers du financement des Centres Sociaux par la subvention. Celle-ci est conditionnée à la reconnaissance par les institutions, ce qui est le cas à partir du conventionnement CAF en 1954. La subvention est un acte de reconnaissance de la pertinence des Centres Sociaux dans le cadre de la politique publique (ici l'action sociale famille). Comme

³⁴ Préambule au projet fédéral 2014-2022 de la FCSF

l'exprime Yannick Blanc³⁵ lors des JPAG³⁶ en 2016³⁷ : « *Les Centres Sociaux ont été pendant des décennies des sous-traitants de l'État-providence* ». Aussi, voir apparaître dans des congrès fédéraux que les Centres Sociaux ne sont pas des « *sous-traitants, mais [des] partenaires des pouvoirs publics* » (voir tableau 2, congrès de 1992) souligne un changement profond dans le lien à l'institution.

En plus de la multiplication des guichets de financement, les financeurs potentiels adoptent des fonctionnements par appel à projets. Au lieu d'une reconnaissance « de fait », parce que d'utilité publique, les Centres Sociaux, comme d'autres structures, doivent répondre à un cahier des charges extérieur plus ou moins contraignant. Il ne s'agit donc plus d'être légitimé par la subvention, au contraire, il faut faire preuve de sa compétence, de son efficacité ou de la pertinence de sa proposition, pour être subventionné et donc légitime. Dans un contexte de diminution des subventions publiques, gagner la reconnaissance d'une institution est un élément crucial de la survie financière des Centres Sociaux. La volonté de s'éloigner de la CAF, qui marque fortement les Centres Sociaux dans la dimension famille, traduit alors une volonté de se diversifier. Cela va passer, entre autres, par la mise en avant de leurs actions auprès d'un public vieillissant (voir partie II chapitre 5 -1.1).

La dimension de transversalité des publics et de l'action est mise en avant à partir des années 90. Dans un contexte d'investissement important des Centres Sociaux dans des dispositifs de politiques publiques, l'argument de la transversalité devient un élément majeur du discours. Il vient justifier le fait de s'adresser à des publics différents, que ce soit la famille, la prévention de la délinquance juvénile ou l'insertion professionnelle.

Par la mise en avant de l'habitant les Centres Sociaux rejoignent une logique plus largement à l'œuvre dans l'action sociale, notamment en termes de vieillissement (Argoud 2016b ; Gucher et al. 2015) : la territorialisation. Dans le sens donné par ses auteurs, cela traduit une volonté de construire une intervention non pas à partir d'un champ d'intervention, mais d'un territoire avec une volonté de déspecialisation des approches. Dans ce contexte, la transversalité de l'action des Centres Sociaux devient particulièrement pertinente. Ils n'agissent pas sur un public en particulier, mais sur des habitants et donc un territoire. Ils sont donc en mesure de créer localement des réponses qui ne sont pas sectorisées ou spécialisées. C'est en tant qu'acteur de territoire, de porteurs de projet et de dynamiques habitantes que les Centres Sociaux se proposent d'être « *partenaires des pouvoirs publics* ».

³⁵ Président de la Fonda (jusqu'en 2018) : *laboratoire d'idée aux services du monde associatif*, haut-commissaire à l'Engagement civique

³⁶ Journées professionnelles de l'Animation Globale : rencontre nationale bi annuelle des professionnels des Centres Sociaux — voir partie I chapitre 4 – 2.1.1

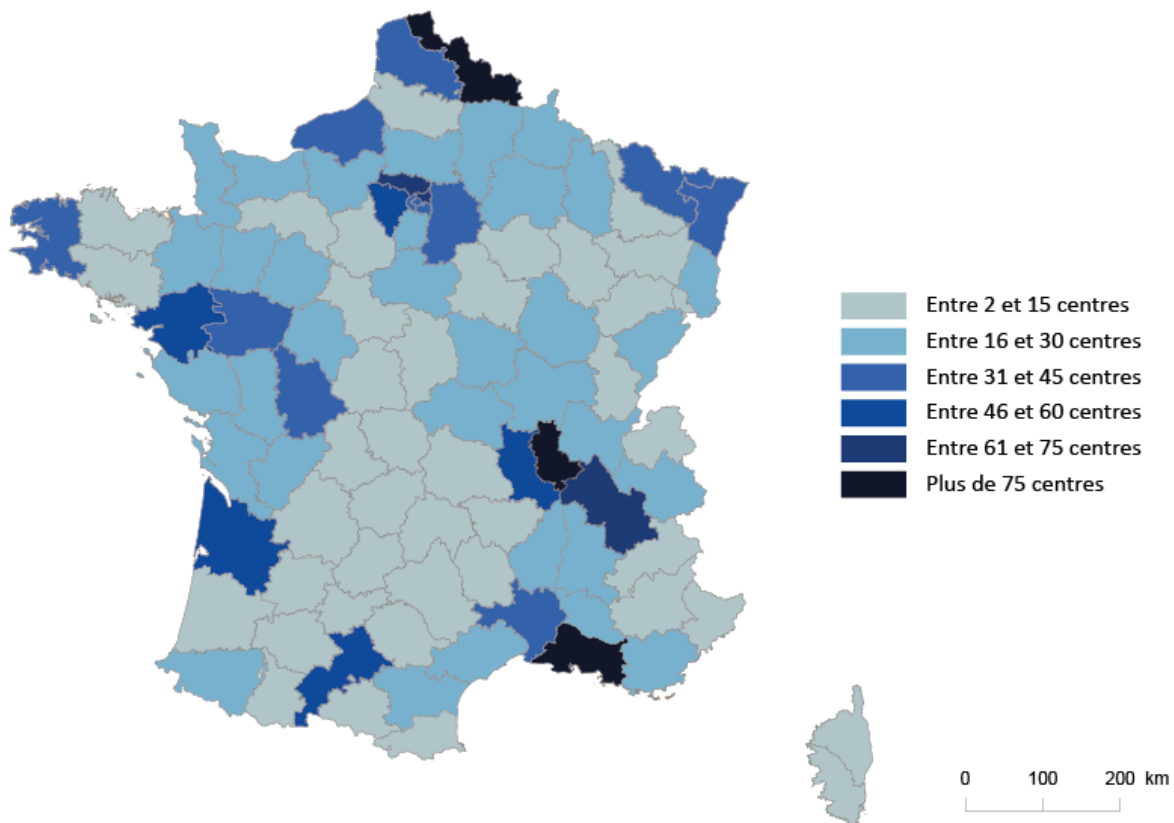
³⁷ Phase d'immersion préalable — voir partie I chapitre 4 - Introduction

2. Géographie des Centres Sociaux : entre outil politique et héritages locaux

Introduction

La définition des territoires d'agrément des Centres Sociaux est essentiellement exogène. Elle dépend de facteurs comme la volonté politique des communes ou des besoins de la CAF en termes de développement d'équipement autant (si ce n'est plus) que de la reconnaissance d'un territoire d'appartenance par les usagers. Dans le cas des centres de notre étude, les entretiens avec les professionnels (voir partie I chapitre 4 – 2.2.1) montrent que l'initiative d'un groupe d'habitant n'est pas le facteur principal de création des Centres Sociaux. Seul un tiers des structures enquêtées sont directement issues de la volonté d'un groupe d'habitants (3/9). À l'inverse, 4 des 9 structures ont une origine liée à des volontés d'élus de développer un Centre Social sur leurs territoires, que celui-ci soit en portage associatif ou en portage direct par une collectivité territoriale. Le mode de gestion final du Centre Social n'est pas lié à la nature des initiateurs du projet, un Centre Social associatif pouvant être issu de la volonté d'élus municipaux.

Carte 1 : Nombres de Centres Sociaux par départements en 2017



Source : SENACS 2018 - Réalisation : Juliette Michel 2019

On compte aujourd'hui plus de 2100 Centres Sociaux en France. Ils forment un maillage plus ou moins dense. Bien que présent sur la totalité du territoire métropolitain, ils sont concentrés dans des zones densément peuplées. L'Ile-de-France et Rhône Alpes présentent 30 % des Centres Sociaux français (voir

carte 1). Les Centres Sociaux sont implantés sur des types d'espaces variés, que ce soit en termes de taille des périmètres (de quelques pâtés de maisons à plusieurs dizaines de communes) ou d'urbanisation (du centre-ville à la grande ruralité).

Comprendre la diversité territoriale des Centres Sociaux nécessite de posséder des éléments relatifs à l'histoire locale, le poids de la religion, ou encore la couleur politique des municipalités, etc. Cela permet de saisir en quoi les Centres Sociaux peuvent être compris comme des outils de réponse à des problématiques territoriales et la nature de ces problématiques. Pour cela, nous nous sommes penchés sur l'analyse de cartes et l'histoire de l'implantation des Centres Sociaux en France et plus particulièrement dans la région des Pays de la Loire, terrain d'étude. Cela nous permet de mettre en avant les liens entre les Centres Sociaux et les politiques publiques (I.1.2.1) et leur ancrage dans des dynamiques locales structurées par des héritages militants et religieux (I.1.2.2) avant de se pencher sur le vieillissement de territoires en Pays de la Loire (I.1.2.3).

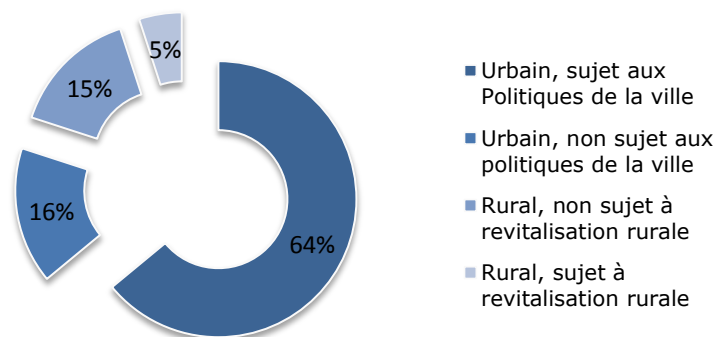
2.1. Un équipement de réponse à des problématiques territorialisées ?

2.1.1. Répartition spatiale des Centres Sociaux en France

2.1.1.a. Une implantation en lien avec la démographie

Dans les documents SENACS, la carte 1, est intitulée : « une couverture territoriale à l'image de la répartition de la population ». Et effectivement, la densité des Centres Sociaux se superpose à la densité de la population des départements. Cette similitude dans la répartition vient faire écho à la dimension urbaine héritée d'une part de leur histoire et d'autre part, de leur mise en place dans le cadre des politiques de la ville.

Figure 5 : Répartition des Centres Sociaux français par type d'espace



Sources : SENACS 2017

Dans les années 50-70, les CAF ont largement déployé des Centres Sociaux dans les milieux urbains, plus proches de leurs allocataires. Les allocataires du régime agricole dépendent des MSA (mutualité

sociale agricole) qui ont également porté des Centres Sociaux, mais dans une moindre mesure. En 1967, la CAF portait 42,7 % des Centres Sociaux, contre 6,1 % pour la MSA (Dessertine et al. 2004). Cette faible présence de la MSA est à rapprocher du faible pourcentage des ménages agricoles et du fort recul du taux de ruralité qui marque la démographie française entre le milieu des années 40 et la fin des années 60. D'après Jean Molinier (1977), entre 1946 et 1968 la population active agricole recule de 3 % par an, taux le plus important depuis 1850. L'investissement de la question des grands-ensembles dans la même période contribue à l'orientation urbaine des Centres Sociaux. En 2017 les Centres Sociaux sont essentiellement des structures urbaines (voir figure 5).

Cette répartition urbain/rural correspond à la répartition de la population nationale. En 2017, 20 % de la population française est rurale (La Banque Mondiale 2019). Par contre, les territoires sujets à des politiques de la ville sont surreprésentés. L'orientation politique de la ville est une tendance qui s'est affirmée au cours de l'histoire des Centres Sociaux. Pour Christine Crépin et Thomas Le Jeannic (2000) un tiers des Centres Sociaux étaient concernés par les quartiers politiques de la ville en 1999. Cette proportion approche des deux tiers en 2017.

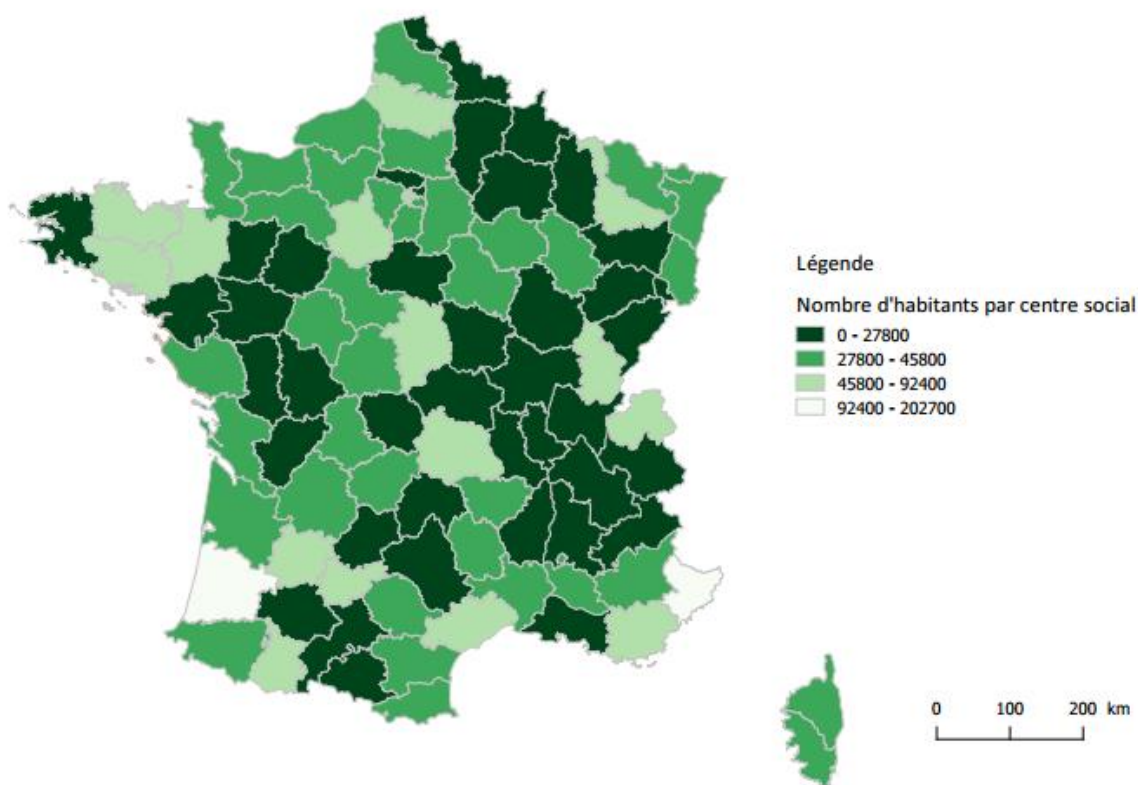
2.1.1.b. Un enjeu de revitalisation rurale ?

Si les logiques d'implantation des Centres Sociaux ciblent principalement les quartiers politiques de la ville, quand est-il de la revitalisation rurale ? Le Centre Social est-il autant un outil de revitalisation rural qu'il l'est pour la cohésion urbaine ?

Le nombre d'habitants par Centre Social dans les départements met en avant une autre géographie (voir carte 2). Certains départements urbains restent présents (le Nord et la vallée du Rhône notamment), mais il ressort des départements assez peu peuplés qui pourtant sont très bien dotés en Centres Sociaux. C'est le cas de certains départements ruraux en Bourgogne (le département de la Nièvre a le rapport nombre de centres/population le plus bas de France [6 428 habitants par centre]), dans le Sud-Ouest (comme l'Ariège ou le Gers) ou dans les Pays de la Loire (avec la Mayenne et la Sarthe). On pourrait alors se dire que les Centres Sociaux ciblent les zones rurales.

Mais cette rapide analyse à l'échelle départementale est cependant à nuancer. De nombreuses zones moins peuplées, petites villes ou zones plus rurales sont souvent dépourvues de Centres Sociaux. Ce que montraient Christine Crépin et Thomas Le Jeannic (2000) quant à la répartition des Centres Sociaux dans les départements ruraux se retrouve aujourd'hui. Les auteurs soulignent que, dans les départements moins peuplés, ruraux, c'est souvent la ville ou les principales villes d'un département qui sont équipées à l'inverse du reste du territoire. C'est le cas dans le Morbihan, où 8 des 13 Centres Sociaux sont concentrés à Lorient (6) et Vannes (2), dans le Jura où les 4 centres se répartissent entre Dole, Lons-le-Saunier et Saint-Claude, ou encore dans le Loiret avec 22 des 26 Centres Sociaux à Orléans.

Carte 2 : Nombre d'habitants par Centre Social par départements en 2017



Sources : IRDES 2016 ; SENACS 2018 - Réalisation Juliette Michel 2019

2.1.2. Regard sur les Pays de la Loire

Une attention particulière sur la région des Pays de la Loire, terrain de notre étude, permet de continuer affiner le regard sur l'implantation des Centres Sociaux tout en mettant en avant quelques spécificités de la région.

2.1.2.a. Les Centres Sociaux des Pays de la Loire

La région Pays de la Loire compte, en 2017, 142 Centres Sociaux agréés. C'est la 5^e région de France en nombre de structures (voir tableau 3). Si l'on se penche sur le « *taux d'équipement en Centres Sociaux* » soit le rapport entre la population de la région et le nombre de centres, la région Pays de la Loire est mieux dotée que la moyenne nationale (55 289 hab./CSX).

Un regard plus fin sur les départements montre une situation plus contrastée. En nombre de centres, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire se détachent avec chacun plus de 30 centres. Pour le taux d'équipement en revanche, c'est la Mayenne qui se détache. Que ce soit pour de nombre de centres ou en taux d'équipement la Vendée est le département le moins doté de la région.

Tableau 3 : Nombre d'habitants par Centres Sociaux dans les 10 régions ayant le plus de centres en 2017

Régions	Nombre de centres	Nombre d'habitants par centre (CSX/hab.)	Classement des 22 régions ³⁸ (CSX/hab.)
Ile-de-France	361	62 192	14
Rhône-Alpes	291	40 803	4
Nord-Pas-de-Calais	182	41 177	5
Midi-Pyrénées	154	34 958	2
Pays de la Loire	142	47 384	8
Loire-Atlantique	51	26 640	40
Maine-et-Loire	33	24 530	30
Mayenne	17	18 108	13
Sarthe	23	24 875	31
Vendée	18	37 109	63
Provence-Alpes-Côte d'Azur	141	63 211	16
Bourgogne	98	29 775	1
Poitou-Charentes	91	35 055	3
Aquitaine	84	71 779	19
Bretagne	80	73 912	20

Sources : IRDES 2016, SENACS 2018 – réalisation Juliette Michel 2019

Un regard plus fin sur les départements montre une situation plus contrastée. En nombre de centres, la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire se détachent avec chacun plus de 30 centres. Pour le taux d'équipement en revanche, c'est la Mayenne qui se détache. Que ce soit pour de nombre de centres ou en taux d'équipement, la Vendée est le département le moins doté de la région.

2.1.2.a.i Une dominante rurale ?

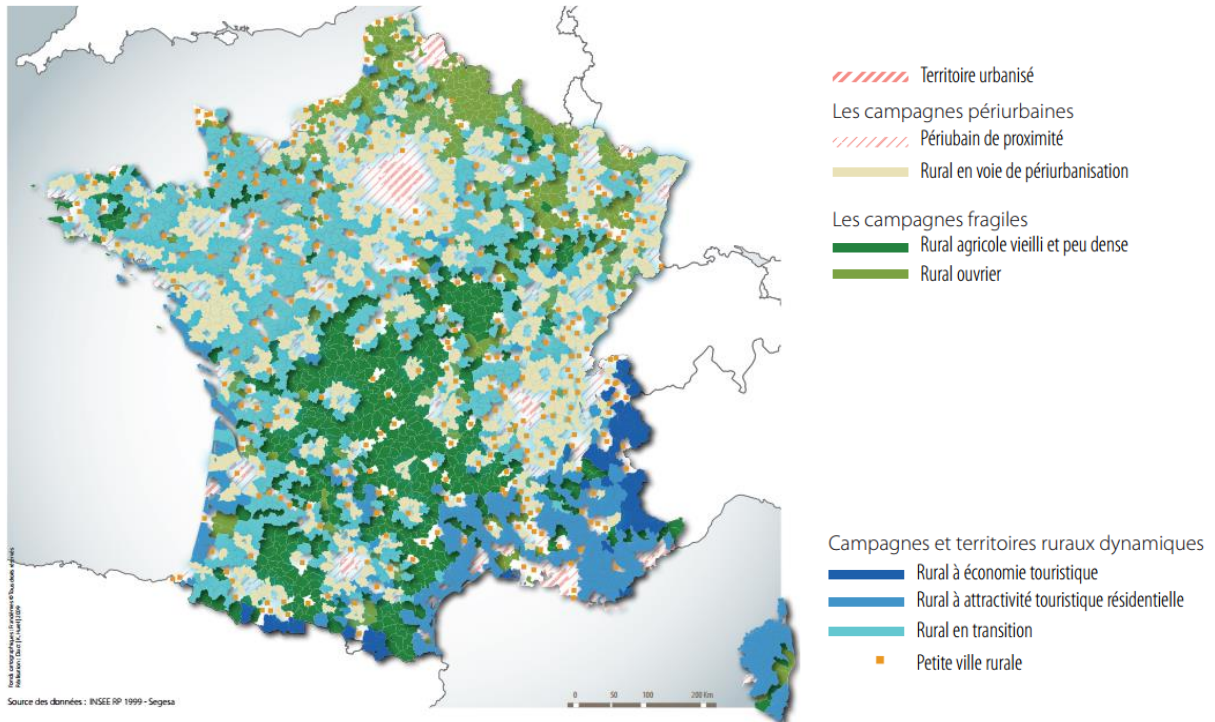
Le profil de la région diffère de ceux des autres régions les plus dotées en centres. Les Pays de la Loire sont une de ces régions marquées par la ruralité qui ont un nombre important de centres. Cette dominante rurale se retrouve sous deux aspects : le rural agricole et le rural ouvrier (voir carte 3). La dimension agricole est surtout marquée dans les départements de Mayenne, Sarthe et Vendée quand la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire ont tous deux des histoires ouvrières importantes, notamment autour de Nantes, Saint-Nazaire et Cholet.

La carte 3 montre que les pôles urbains de la région correspondent aux préfectures de départements ainsi qu'à la région de Saint-Nazaire. Comme le montre Valérie Jousseau (1996) au travers l'exemple de la Loire-Atlantique, les bourgs-centres ont « *perdu leur légitimité économique et avec elle sa singularité sociale originelle et sa position nodale dans l'espace rural. Le système du bourg centre est mort* ». Ce sont les chefs lieu de canton, les petites villes qui ont pris un rôle de structuration de l'espace rural alentour (Taulelle 2010). L'urbain dans les Pays de la Loire est donc plus marqué par des petites

³⁸ Les classements pour les départements sont ceux sur les 96 départements métropolitains

villes autour desquelles s'articulent les dynamiques rurales, que par un métropolisation marqué. Cette réalité se retrouve dans le panel des Centres Sociaux de notre étude (voir partie I chapitre 4 – 1.1.2.b).

Carte 3 : Les trois France rurales (par cantons)

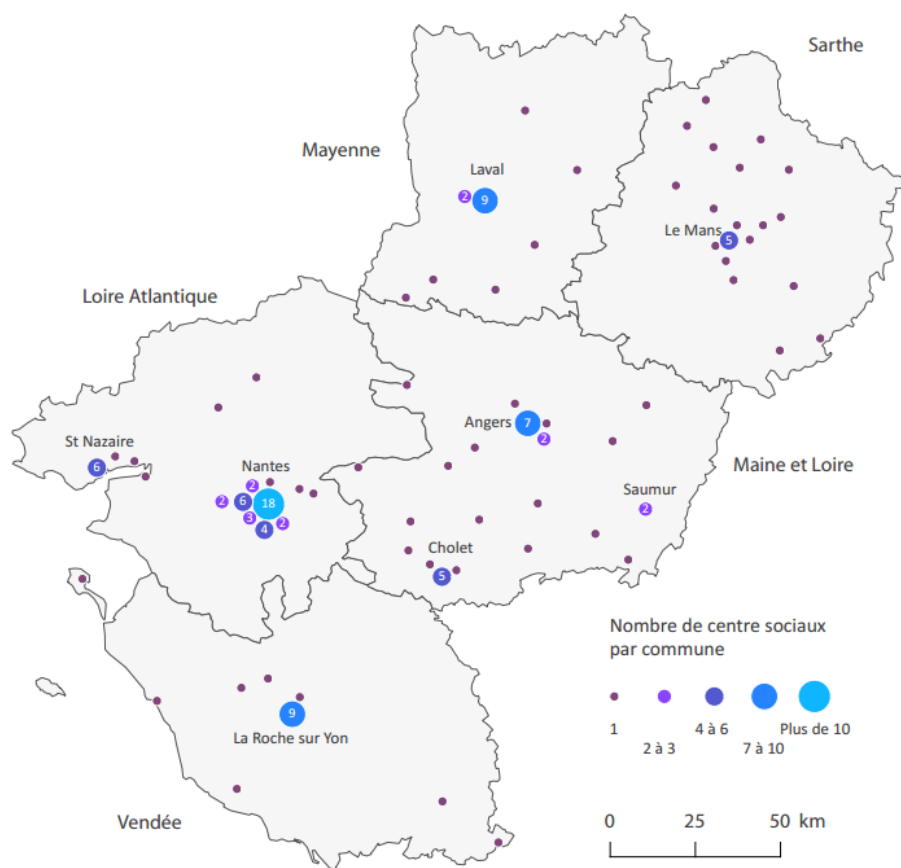


Source : Ministère de l'Espace rural et de l'Aménagement du territoire

La région Pays de la Loire présente proportionnellement plus de Centres Sociaux ruraux que la répartition à l'échelle nationale (32 % contre 20 %). À l'échelle départementale, on voit une réalité plus contrastée (voir carte 4). En Maine-et-Loire, Mayenne et Vendée, on retrouve des proportions semblables à l'échelle régionale, autour de 30 à 40 % de Centres Sociaux ruraux pour 60 à 70 % des centres urbains. À côté de cela on retrouve la Loire-Atlantique et la Sarthe. La Loire-Atlantique présente moins de 10 % de Centres Sociaux ruraux. Les Centres Sociaux se répartissent sur 2 pôles principaux : Nantes et son agglomération (75 %) et la région de Saint-Nazaire (16 %). Le Maine-et-Loire présente une répartition similaire : Angers et son agglomération représentent un tiers des structures du département et un deuxième pôle de concentration de Centres Sociaux de Cholet avec 7 centres, soit 21 % des centres du département.

À l'inverse, la Sarthe est le seul département de la région à avoir plus de Centres Sociaux ruraux qu'urbains et ce bien que l'on trouve une concentration de centres au Mans (qui représente 21 % des centres du département). Pour les deux autres départements fortement ruraux de la région, la Mayenne et la Vendée, la distribution des Centres Sociaux rejoint ce qui était évoqué plus haut : une concentration sur la ville principale quand le reste du territoire en est peu pourvu.

Carte 4 : Répartition des Centres Sociaux des Pays de la Loire



Source : SENACS 2018 - Réalisation Juliette Michel 2019

2.1.2.a.ii Couverture territoriale

Pour se pencher plus précisément sur l’emprise territoriale des Centres Sociaux, il convient de regarder l’implantation des centres ainsi que les périmètres sur lesquels portent leurs agréments (voir carte 5). Cela donne une autre image de la couverture du territoire régional par les Centres Sociaux. Il y a une grande diversité des surfaces couvertes, allant de 0,26 km² – (Maison de quartier de la Chesnaie à Saint-Nazaire) à 677,60 km² – (Centre Social du Pays de Château-Gontier). Au total, les territoires d’agrément des Centres Sociaux recouvrent un tiers de la surface de la région (voir tableau 4).

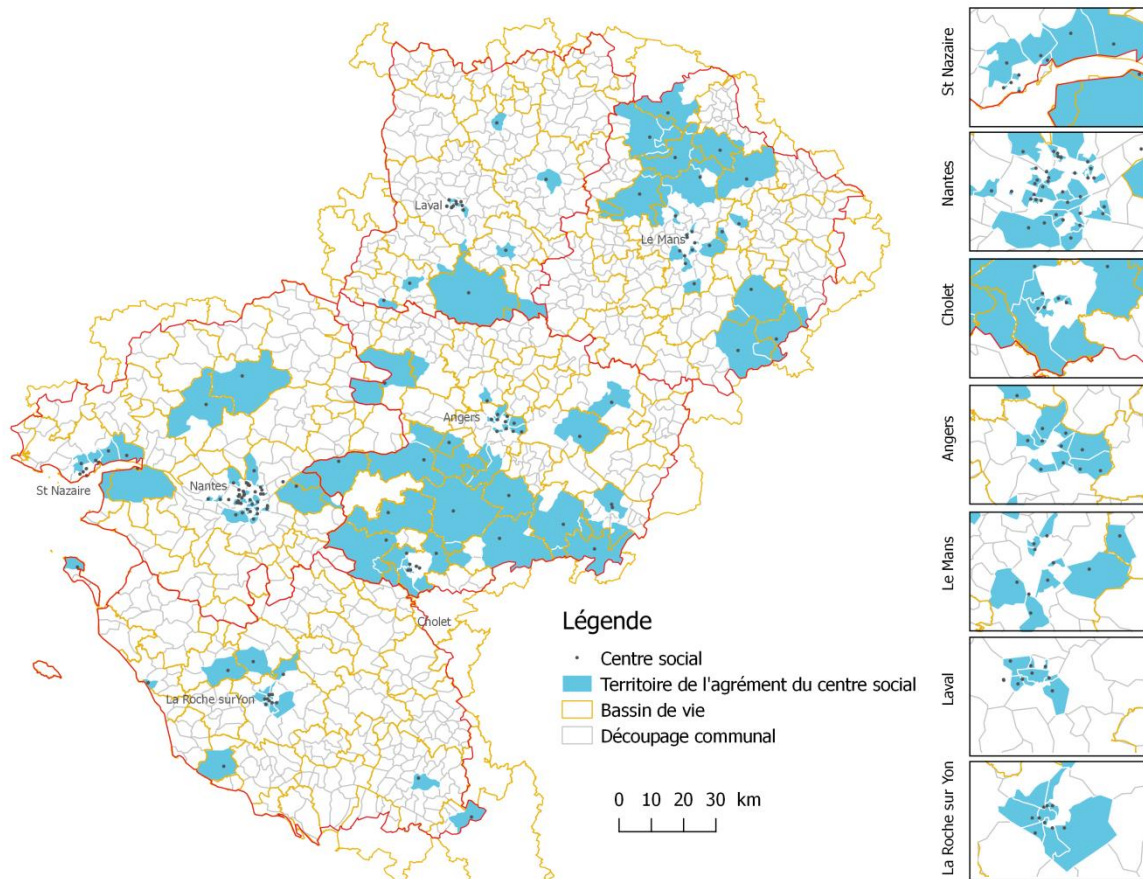
Tableau 4 : Couvertures spatiales des territoires d'agrément des Centres Sociaux des Pays de la Loire

	Superficie couverte par les territoires d'agrément des Centres Sociaux	Pourcentage de la superficie totale de la collectivité territoriale couverte
Maine et Loire	4 674,59 km ²	65 %
Sarthe	2 779,26 km ²	44 %
Loire-Altantique	1 715,63 km ²	25 %
Mayenne	889,96 km ²	17 %
Vendée	679 km ²	10 %
Pays de la Loire	10 738,44 km ²	33 %

Réalisation : Juliette Michel 2019

Des zones qui ne présentent que quelques Centres Sociaux sont en fait couvertes en quasi-totalité par les territoires d'agrément (voir carte 5). C'est le cas pour les quarts nord-ouest et sud-est de la Sarthe, la région des Mauges (quart sud-ouest du Maine-et-Loire) et le sud du Saumurois. À l'inverse la Mayenne qui semblait bien dotée, est en fait quasiment blanche notamment dans sa moitié nord (à l'exception du Centre Social de la ville de Mayenne). On constate également une distinction entre le nord du Maine-et-Loire qui présente une faible couverture, au contraire de la part sud du département, où elle est quasiment complète.

Carte 5 : Couverture des territoires d'agrément des Centres Sociaux des Pays de la Loire



Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016 - Réalisation Juliette Michel 2019

La carte 5 présente les périmètres des bassins de vie. Ce sont les plus petits territoires sur lesquels les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (INSEE 2016a). Ils correspondent mieux aux pratiques des habitants que ce que pourrait faire le découpage communal. En raison de leur recherche de proximité avec les habitants, on pourrait envisager de retrouver un Centre Social par bassin de vie, et ce même dans les espaces où leur couverture spatiale est sporadique. Or sur les 151 bassins de vie des Pays de la Loire, seul 60 contiennent au moins une commune couverte par un territoire d'agrément. Les territoires d'agrément se retrouvent souvent à cheval sur plusieurs bassins de vie (c'est notamment visible dans le nord de la Sarthe). Pour des structures qui souhaitent travailler dans la

proximité des habitants, cela pose la question de leur inscription concrète dans les pratiques de ceux-ci (voir partie III chapitre 7 – 2.1).

2.1.2.b Centres Sociaux et territoires Prioritaires

2.1.2.b.i Quartiers politiques de la ville et revitalisation rurale

Bien que ce soient des pôles de concentration des Centres Sociaux, les grandes villes de la région ne sont pas entièrement couvertes par les territoires d'agrément. Ces Centres Sociaux ont des agréments de quartiers et tous les quartiers n'en sont pas pourvus.

Les Centres Sociaux sont beaucoup plus présents dans les quartiers périphériques ce qui illustre le lien entre l'implantation Centres Sociaux de quartiers et les politiques de la ville. Ce lien est visible par la comparaison entre les périmètres des quartiers prioritaires³⁹ (Ministère de la cohésion des territoires 2015) et la carte des territoires d'agrément. Sur les 46 quartiers prioritaires, 36 se trouvent sur un territoire d'agrément de Centre Social (voir tableau 5). Sur les 18 Centres Sociaux nantais, 13 recouvrent un quartier prioritaire. On retrouve des proportions semblables à Angers (5/7), Cholet (4/5) et Le Mans (3/5). Ainsi, 25 % des Centres Sociaux des Pays de la Loire interviennent sur des quartiers prioritaires et 78 % des quartiers prioritaires se trouvent sur un territoire d'agrément. L'implantation des Centres Sociaux urbains répond à des problématiques sociales identifiées par les politiques de la ville. Leur forte implication dans ces espaces peut traduire le Centre Social comme un d'outil à une problématique sociale localisée.

Tableau 5 : Relation entre les Centres Sociaux et les quartiers prioritaires dans les Pays de la Loire

	Nombre de Centres Sociaux	Nombre de quartiers Prioritaires	Nombre de territoires d'agrément de CSX englobant un ou des quartiers prioritaires
Loire-Atlantique	51	19	15
Maine-et-Loire	33	13	11
Mayenne	17	3	3
Sarthe	23	7	4
Vendée	18	4	3
TOTAL	142	46	36

Sources : Ministère de la Cohésion des territoires 2015, SENACS 2018 – réalisation Juliette Michel 2019

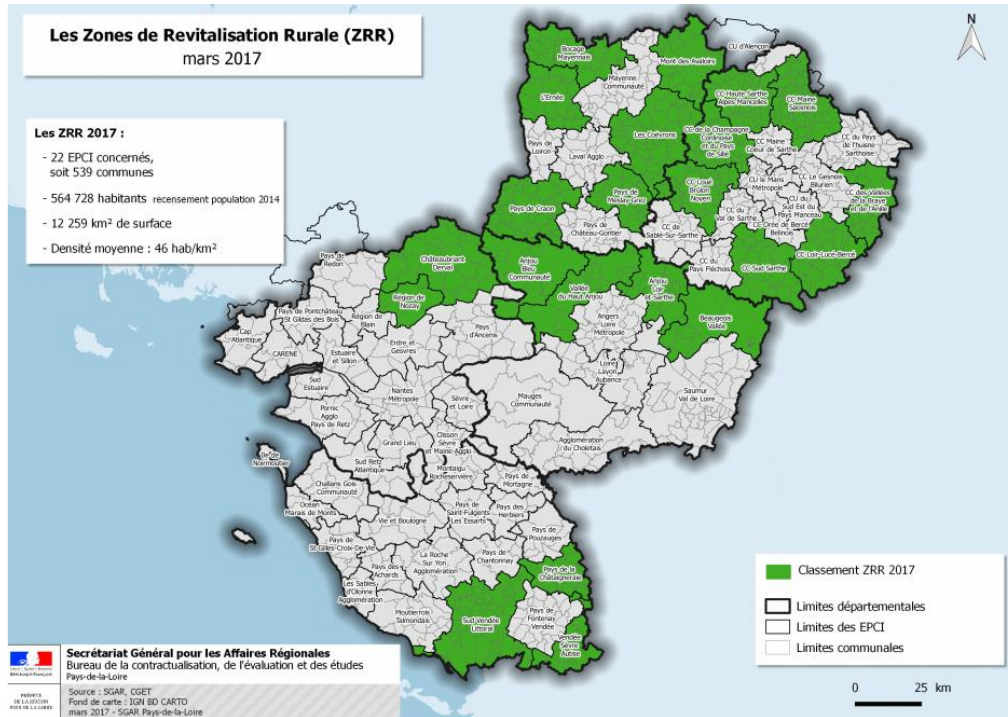
Comme leur pendant urbain, les Centres Sociaux ruraux recouvrent, en partie, des territoires prioritaires de l'intervention publique. Sur les 22 EPCI⁴⁰ des Pays de la Loire classés en zones de revitalisation

³⁹ Les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont fixés par deux décrets (nos 2014-1750 pour la métropole et 2014-1751 pour l'outre-mer) du 30 décembre 2014. Ils sont définis sur des critères de la concentration en pauvreté en comparant, sur un carroyage de 200 mètres ou par IRIS, le revenu des habitants au revenu médian de référence. Les délimitations doivent être revues tous les six ans, la prochaine révision devant être effectuée en 2020 pour 2021.

⁴⁰ Etablissement public de coopération intercommunal

rurales⁴¹ (ZRR, voir carte 6), 11 présentent au moins un Centre Social. Même si cela ne représente finalement que peu de Centres Sociaux sur le total régional (17/142), ils représentent 38 % des Centres Sociaux ruraux. C'est la même proportion que pour les Centres Sociaux agissant sur des quartiers prioritaires parmi les Centres Sociaux urbains (36/96).

Carte 6 : Zones de revitalisation rurales des Pays de la Loire en 2017



Sources : Secrétariat pour les affaires régionales 2017

La comparaison entre les cartes 5 et 6 met en avant des logiques différentes suivant les départements, notamment entre le Maine-et-Loire et la Sarthe. La couverture territoriale des Centres Sociaux en Maine-et-Loire est presque un négatif de celle des ZRR. Tout le nord du département est classé en ZRR, mais ne présente que peu de Centres Sociaux et ceux présents ne couvrent pas la totalité de la surface des EPCI. À l'inverse, même si les deux cartes ne coïncident pas en tout point en Sarthe, la manière dont les Centres Sociaux sont présents sur le département (en faisant abstraction de la communauté urbaine du Mans) est similaire au ZRR.

Pourquoi y a-t-il cette absence de Centres Sociaux dans les ZRR du Maine-et-Loire. Est-ce que les Centres Sociaux sont remplacés par d'autres dispositifs ? Est-ce que les Centres Sociaux agissant dans des ZRR mettent en place des actions particulières traitant de la problématique de la revitalisation ? L'absence de données harmonisées sur les actions des Centres Sociaux rend difficile de proposer une

⁴¹ Les zones de revitalisation rurale sont caractérisées par une très faible ou faible densité de population et l'un des trois critères socioéconomiques suivants : un déclin de la population constaté sur l'ensemble de l'arrondissement ou du canton ou dans une majorité de leurs communes, dont le chef-lieu ; un déclin de la population active ; une forte proportion d'emplois agricoles.

hypothèse. De multiples autres dispositifs peuvent remplir les fonctions des Centres Sociaux et ce que les Centres Sociaux proposent change d'un territoire à l'autre.

Parmi les Centres Sociaux agissants sur des territoires en ZRR, 9 sont gérés par une collectivité locale⁴², soit plus de la moitié. Cette proportion de gestion par collectivités locales est nettement supérieure à ce que l'on retrouve à l'échelle de la région (16,5 %), ou même nationale (31 %). On peut supposer que les Centres Sociaux sont compris comme un outil dont les collectivités locales peuvent se saisir pour répondre à une problématique sociale localisée, ici la revitalisation rurale.

2.1.2.b.ii Le manque d'équipements

Les Centres Sociaux seraient-ils alors un moyen de compenser le manque d'équipement dans un territoire ? La carte 7 permet d'interroger cette hypothèse. Elle présente les données issues de la base permanente des équipements (BPE), répertoire d'équipements et de services rendus à la population. Cette base recense des structures de services, des commerces, de la santé, de l'enseignement, du sport, des loisirs, du tourisme, des transports, de la culture et dans le cas qui nous intéresse ici, de l'action sociale⁴³. Notons que la BPE est alimentée par les bases de données de CNAF, mais celles-ci ne sont exploitées que dans la cadre de l'action sociale à destination des enfants. Les Centres Sociaux ne font pas partie des équipements sociaux dans la BPE.

La carte 7 montre une corrélation entre le faible nombre d'équipements sociaux et les périmètres des ZRR. Les Centres Sociaux qui agissent sur ces territoires se retrouvent dans des secteurs comprenant entre 0 et 13 équipements sociaux (à l'exception de l'EPCI de Beaugois vallée). Les Centres Sociaux urbains agissent eux sur des territoires qui, quand on regarde la carte générale, semblent beaucoup mieux équipés.

Nuançons l'importance de cet équipement à l'échelle de l'intervention des Centres Sociaux de quartier. Il convient de porter son attention sur les vignettes de la carte 7 qui montrent une réalité plus contrastée et une grande diversité du nombre d'équipements dans les territoires d'agrément à l'échelle des IRIS⁴⁴. Dans certains cas, comme pour la Maison de quartier de l'immaculée Beauregard à Saint-Nazaire, il n'y a aucun équipement social sur le territoire, alors que l'on en trouvera 6 sur celui de la Maison de quartier

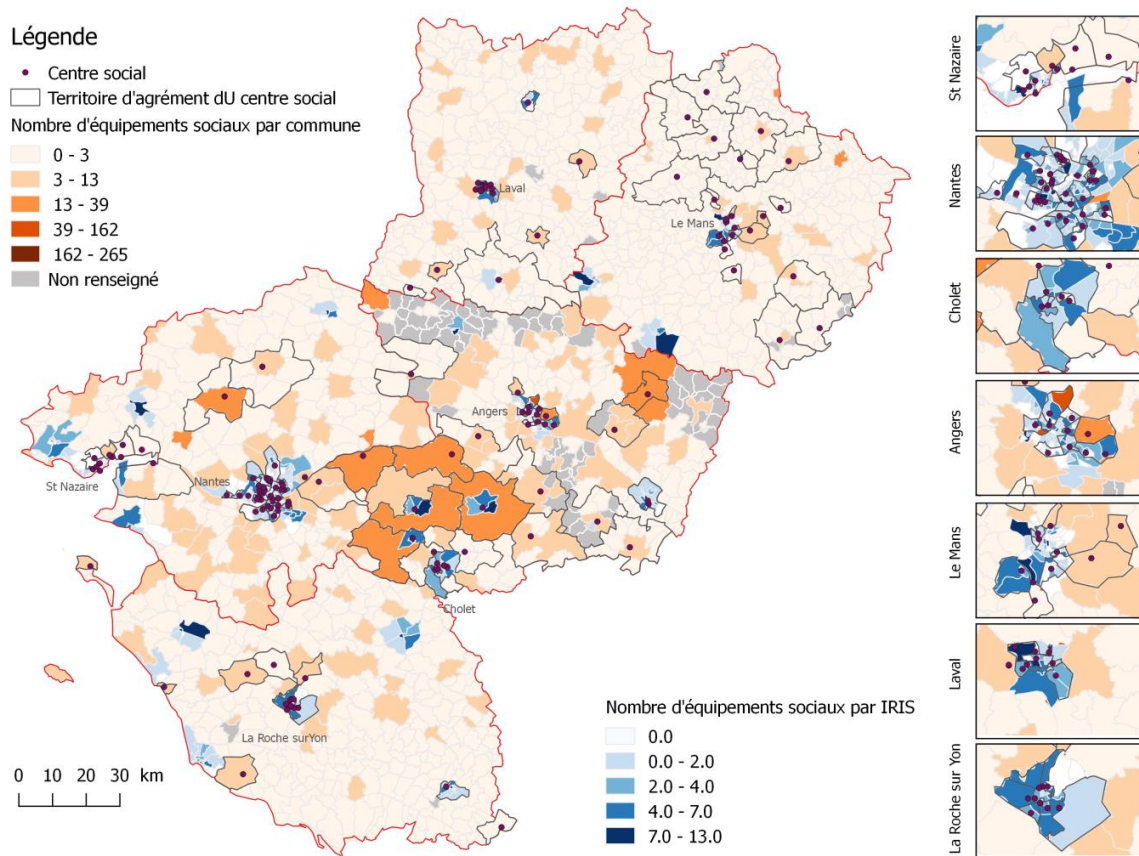
⁴² Pour rappel, par collectivité locale on entend aussi bien une collectivité territoriale (la commune), qu'un EPCI (communauté de communes, SIVU ou SIVOM)

⁴³ En termes d'équipements d'action sociale, la BPE recense l'action sociale pour les personnes âgées (hébergement, soins à domicile, services d'aide, foyer restaurant et services de repas à domicile), pour les enfants en bas âges (garde d'enfant d'âge préscolaire) pour handicapés (hébergements et service à domicile ambulatoire pour enfant et adulte et le travail protégé) ainsi de que d'autre services (aide sociale à l'enfance, CHRS, centre provisoire d'hébergement, centre d'accueil de demandeur d'asile, et autres établissement pour adultes et familles en difficulté).

⁴⁴ L'IRIS (appellation qui se substitue désormais à IRIS2000) constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales. Il doit respecter des critères géographiques et démographiques et avoir des contours identifiables sans ambiguïté et stables dans le temps. Les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage constitue une partition de leur territoire. La France compte environ 16 100 IRIS dont 650 dans les DOM. (INSEE 2016b)

Saint-André à La Roche-sur-Yon. Certains territoires d'agrément de centres présentent ces écarts en leur sein. C'est le cas du Centre lavallois d'éducation populaire (CLEP), dont le territoire d'agrément couvre 8 IRIS, un ne présentant aucun équipement quand un autre, limitrophe, en présente 13. Ce contraste se retrouve dans une moindre mesure dans les Centres Sociaux ruraux, particulièrement les centres intercommunaux. Par exemple, pour l'Espace socioculturel du Candéen, sur les 6 communes de son territoire, une présente des équipements sociaux. Dans ce type de configuration, la commune en question est la commune d'implantation du Centre Social.

Carte 7 : Équipements sociaux par communes des Pays de la Loire en 2017



Sources : INSEE 2017, IGN GeoFLA 2016 - réalisation Juliette Michel 2019

Les Centres Sociaux ne sont pas particulièrement plus présents dans les espaces étant dépourvus d'équipements sociaux (à l'exception déjà discutée des centres en ZRR). Les Centres Sociaux ruraux agissent sur des territoires ayant peu d'équipements sociaux, sans en être totalement dépourvus. Il semble y avoir des effets d'agglomération dans le choix de la localisation du Centre Social dans la commune la mieux équipée de l'intercommunalité quand les centres agissent sur plusieurs communes. Il s'agit, dans ces cas-là, de la commune siège de l'intercommunalité. Il semblerait que la présence d'équipements sociaux soit plus propice à l'installation d'un centre dans une commune plus qu'un autre dans un contexte d'intercommunalité.

2.1.3. Au-delà de l'outil

Un tiers des Centres Sociaux des Pays de la Loire interviennent sur des territoires prioritaires, qu'ils soient urbains ou ruraux. Le Centre Social est-il alors un outil de réponse à des problématiques sociales localisées ? L'exemple des quartiers politiques de la ville montre qu'ils sont implantés dans des territoires présentant des problématiques particulières auxquelles ils doivent répondre. À l'inverse, la faible couverture des ZRR nuance cette place. Mais on peut comprendre la part importante des Centres Sociaux gérés par une collectivité locale dans ces espaces comme traduisant un intérêt particulier à investir les Centres Sociaux comme outil de revitalisation de ces territoires...

L'idée n'est pas de dire qu'il existe un lien de cause à effet formel entre les territoires prioritaires et le fait d'établir un Centre Social, certains ayant été créés avant la définition de ces périmètres. Néanmoins, compte tenu de l'histoire de ces structures, ce n'est pas insignifiant. La création d'un Centre Social est le plus souvent, à son origine, la volonté d'une collectivité territoriale et/ou d'une CAF. Il est donc cohérent que les Centres Sociaux se développent dans des zones prioritaires de l'action de ces porteurs, dans des territoires où la CAF ou les collectivités peuvent constater un manque d'équipement.

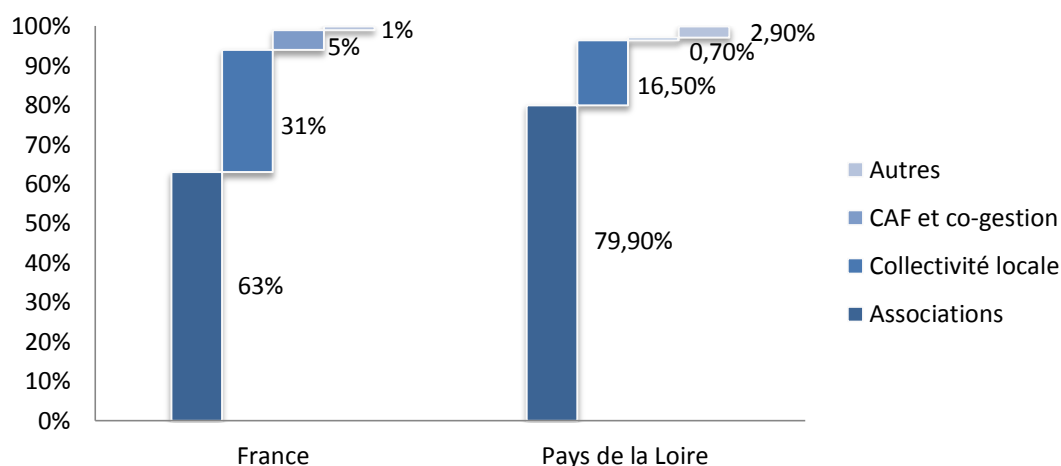
Comprendre le Centre Social dans sa dimension d'outil d'une politique localisée permet d'éclairer une partie de la géographie des Centres Sociaux dans les Pays de la Loire. Néanmoins, seul un tiers des Centres Sociaux de la région sont concernés. L'histoire des centres, leur lien avec les mouvements du christianisme social, les orientations politiques locales et les dynamiques associatives locales sont aussi des éléments d'explication de la répartition des Centres Sociaux.

2.2. Le rôle des héritages militants et associatifs locaux dans la mise en place des Centres Sociaux

2.2.1. Modes de gestions

Les Centres Sociaux des Pays de la Loire, comme les Centres Sociaux de France, sont principalement associatifs. La région présente un taux de gouvernance associative plus élevé que ce que l'on retrouve à l'échelle nationale et un taux plus bas pour ce qui est de la gestion par les collectivités locales (voir figure 6).

Figure 6 : Comparaison des modes de gestion au niveau national et dans Pays de la Loire



Source : SENACS 2017a, 2017b Réalisation Juliette Michel 2019

La proportion de portage associatif ou par des collectivités locales est équivalente parmi des Centres Sociaux ruraux que dans les Centres Sociaux en général. Ce n'est pas le cas pour les Centres Sociaux de quartiers (voir carte 8). Que ce soit à Nantes et son agglomération⁴⁵, Saint-Nazaire, Angers, Le Mans ou La Roche-sur-Yon, tous les centres sont associatifs. À Cholet, on note la présence d'un Centre Social en gestion par collectivité, qui est non seulement le seul de la commune, mais également le seul sur l'ensemble des centres du Choletais et des Mauges. Dans ce contexte-là, Laval fait figure de cas particulier. Sur les 9 Centres Sociaux de la commune, un seul est un centre associatif. C'est le centre ayant obtenu son premier agrément le plus récemment (précédemment une association d'éducation populaire). Il n'y a pas de Centres Sociaux portés par des collectivités locales au nord de l'axe Saint-Nazaire/Angers, ainsi qu'au sud. On retrouve donc la Loire-Atlantique et la Vendée où les Centres Sociaux portés par des collectivités représentent moins de 15 % des centres, Le Maine-et-Loire et La Sarthe où ils représentent autour de 20 % des centres et la Mayenne avec 79 % des centres portés par des collectivités locales.

La couverture régionale des Centres Sociaux telle qu'elle se présente aujourd'hui s'est progressivement construite à partir des années 1960⁴⁶. Entre 1962 et 1968, les Centres Sociaux sont des centres associatifs de quartiers à Nantes et au Mans (voir carte 9). La seule exception est le Centre Social d'Allonnes (Sarthe), qui agit sur la commune et est un Centre Social en gestion directe par la CAF. Il est, aujourd'hui, le seul⁴⁷ Centre Social CAF de la région. Sur la période suivante (1968 – 1976), ce sont

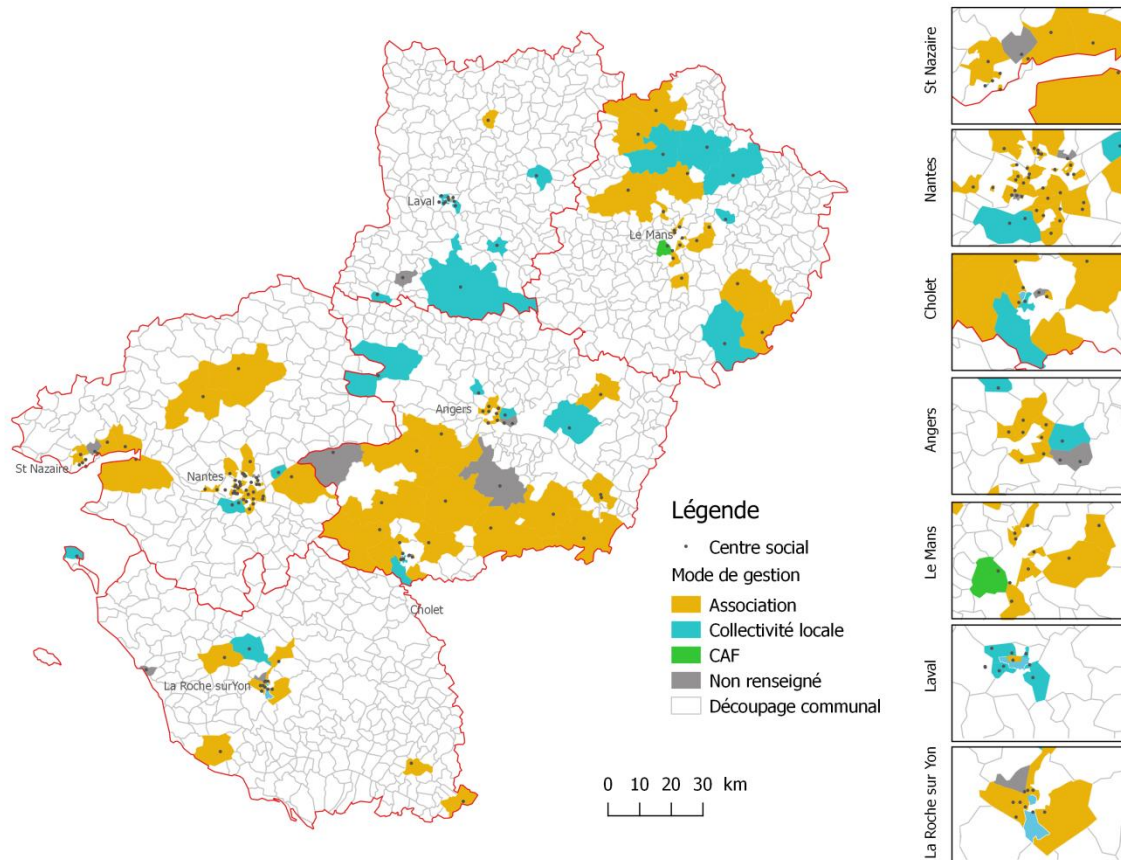
⁴⁵ La commune de Bouguenais à la particularité de présenter un Centre Social avec une cogestion municipalité et association, qui pour de raison des raisons cartographiques a été classée comme « collectivité locale »

⁴⁶ Certaines structures sont peut-être plus anciennes. On se rapporte ici à la date d'obtention d'un agrément ou d'une subvention « Centre Social » par la CAF et non à la date de création de la structure. Par exemple, le Centre Social Mireille Moyon a été créé en 1967, mais ne reçoit son premier agrément qu'en 2012, c'est donc cette dernière date que l'on prend en compte. Voir également encadré 1.

⁴⁷ On se base ici, comme dans la carte, sur les Centres Sociaux qui sont encore en fonction fin 2015. S'il y a pu avoir d'autres Centres Sociaux qui ont disparu depuis, ils ne sont pas intégrés à l'analyse.

principalement des Centres Sociaux de quartiers qui se développent, ajoutant La Roche-sur-Yon et Cholet à la carte, ainsi que la ville de Mayenne avec un centre agissant sur la commune. Si Laval et Saint-Nazaire apparaissent durant la période suivante, il faut attendre 2007 pour voir apparaître Angers sur la carte des Centres Sociaux.

Carte 8 : mode de gestion des Centres Sociaux des Pays de la Loire

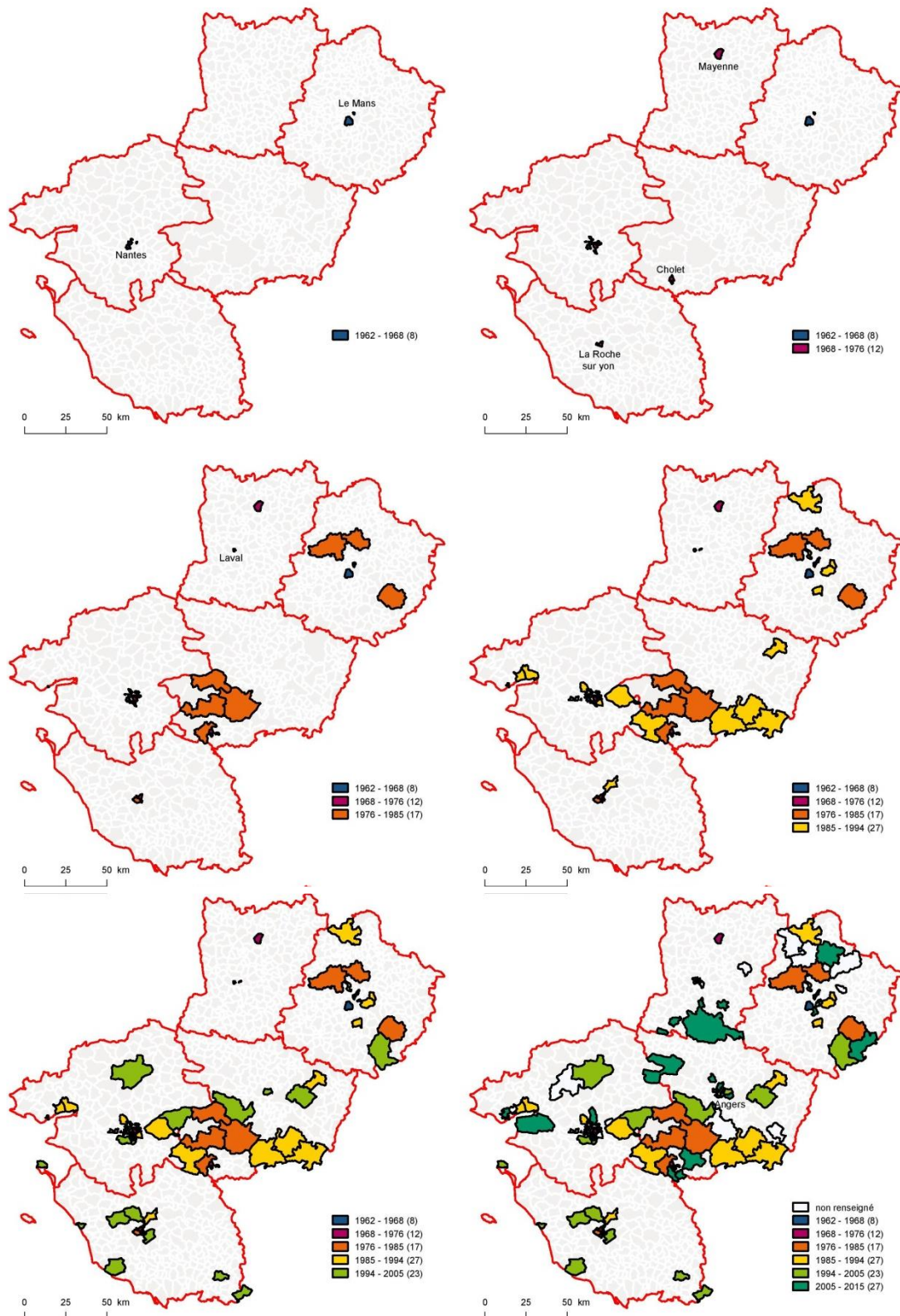


Réalisation : Juliette Michel 2019

À partir de la fin des années 1970, les Centres Sociaux en ruraux commencent à se développer autour de pôles qui ressortent toujours aujourd’hui : le sud du Maine-et-Loire, autour des Mauges et du Choletais et la Sarthe. Ce développement coïncide aux années du tournant socioculturel ce qui n’est pas anodin, surtout contenu des dynamiques associatives locales animé par des courant proche des Centres Sociaux (catholicisme, mouvement ouvrier, voir I.1.2.2.3).

L’évolution de la proportion de chaque mode de gestion parmi les nouveaux Centres Sociaux pour chaque période (voir figure 7) montre un changement à partir du milieu des années 90 : la part des Centres Sociaux portés par des collectivités locales prend plus d’importance alors que celle du portage associatif diminue. Cette bascule correspond à la période d’investissement massif des Centres Sociaux dans des dispositifs de politique publique et permet d’alimenter une hypothèse autour de la « dépolitisation » des Centres Sociaux (voir I.1.2.2.2) et leur conception comme un outil dont peuvent se saisir les collectivités locales.

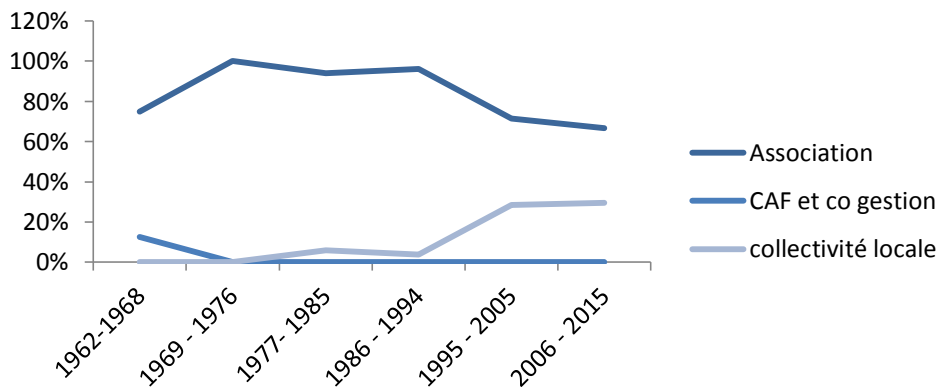
Carte 9 : Évolution de la couverture territoriale⁴⁸ par les Centres Sociaux entre 1962 et 2015



Source : SENACS 2016b, réalisation Juliette Michel 2019

⁴⁸ Les périmètres de territoires d'agrément présentés sont tels qu'ils sont fin 2015. Certains périmètres ont pu changer au fil de l'histoire de la structure ou des réformes territoriales.

Figure 7 : Proportion des modes de gestion parmi les Centres Sociaux créés entre 1962 et 2015



Réalisation Juliette Michel 2019

2.2.2. La dépolitisation des Centres Sociaux

Quels rôles peuvent avoir les orientations politiques locales dans l'implantation des Centres Sociaux ? C'est à cette question que se propose de répondre Laurent Besse (2004) par une analyse de l'évolution des Centres Sociaux au regard de l'évolution de la carte politique entre 1960 et 1981⁴⁹. Il dégage deux périodes.

La première, de 1960 à 1970, montre une légère majorité (+3,9 % par rapport à la moyenne) de centres implantés dans les municipalités centristes ou divers droites. Ils sont par contre relativement peu nombreux dans les municipalités SFIO unitaires alors que leur présence dans des municipalités socialo-centristes est plus marquée. Pour Laurent Besse, une des hypothèses expliquant cette répartition tient à l'histoire des centres :

« Compte tenu de l'origine idéologique du "mouvement" des Centres Sociaux, on peut être tenté, avec une grande prudence, de faire l'hypothèse que les centres ont été d'abord implantés au sein de mairies modérées ou centristes et qu'à l'inverse, les mairies socialistes et surtout communistes sont restées méfiantes vis-à-vis d'une institution qui aurait été perçue comme trop proche d'une mouvance chrétienne » (Besse 2002 p. 26).

La seconde période, de 1970 à 1981, change la donne avec une hausse importante des Centres Sociaux dans les municipalités de gauche, notamment les socialistes. En 1977, elles formaient 58,5 % du total des municipalités de plus de 10 000 habitants et 68,2 % de celles qui possédaient des centres nouvellement affiliés à la FCSF entre 1977 et septembre 1981 (voir tableau 6).

Pour Laurent Besse, ce glissement vers des municipalités de gauche peut être lié à la transformation de l'idéologie des Centres Sociaux et de leur fonctionnement, avec une plus grande participation des

⁴⁹ Cette analyse repose uniquement sur les centres implantés dans des communes de plus de 10 000 habitants

usagers à la gestion des centres. Il est probable que l'implication de militants catholiques dans le parti socialiste ait contribué au développement de Centres Sociaux dans ces municipalités :

« On ne peut que constater le fort développement des centres dans les villes de l'Ouest, particulièrement en Bretagne dont le basculement vers la gauche était particulièrement net et a été mis en relation avec l'influence des catholiques de gauche. » (Besse 2002 p. 27)

Tableau 6 : Répartition des nouvelles affiliations de Centres Sociaux entre 1978 et 1981, en fonction de la couleur politique des communes.

Parti	Nombre de communes	Nombre de Centres Sociaux
PCF	10	16
PS	18	29
Divers Gauche	1	1
Centre	2	2
Divers Droites	4	12
RPR	3	6
Total	38	66

Source : Besse dans Dessertine et al. 2004 p.199

L'augmentation du portage des Centres Sociaux par des collectivités locales à partir des années 70-80 (voir tableau 7) permet de formuler une hypothèse autour de la « dépolitisation » des Centres Sociaux dans les années 90 et leur perception comme un outil dont peuvent se saisir les collectivités locales.

Tableau 7 : Répartition des Centres Sociaux suivant les modes de gestion entre 1967 et 2017

	1967	1981	1991	2006	2017
CAF	42,7 %	27,4 %	16 %	13 %	5 %
MSA	6,1 %	5,7 %			
Municipalités et intercommunalité	0,4 %	9,5 %	13 %	23 %	31 %
Associations	34,5 %	49,3 %	71 %	64 %	64 %
Promoteurs	8,6 %	7,2 %			0,8 %
Divers	7,7 %	0,9 %			

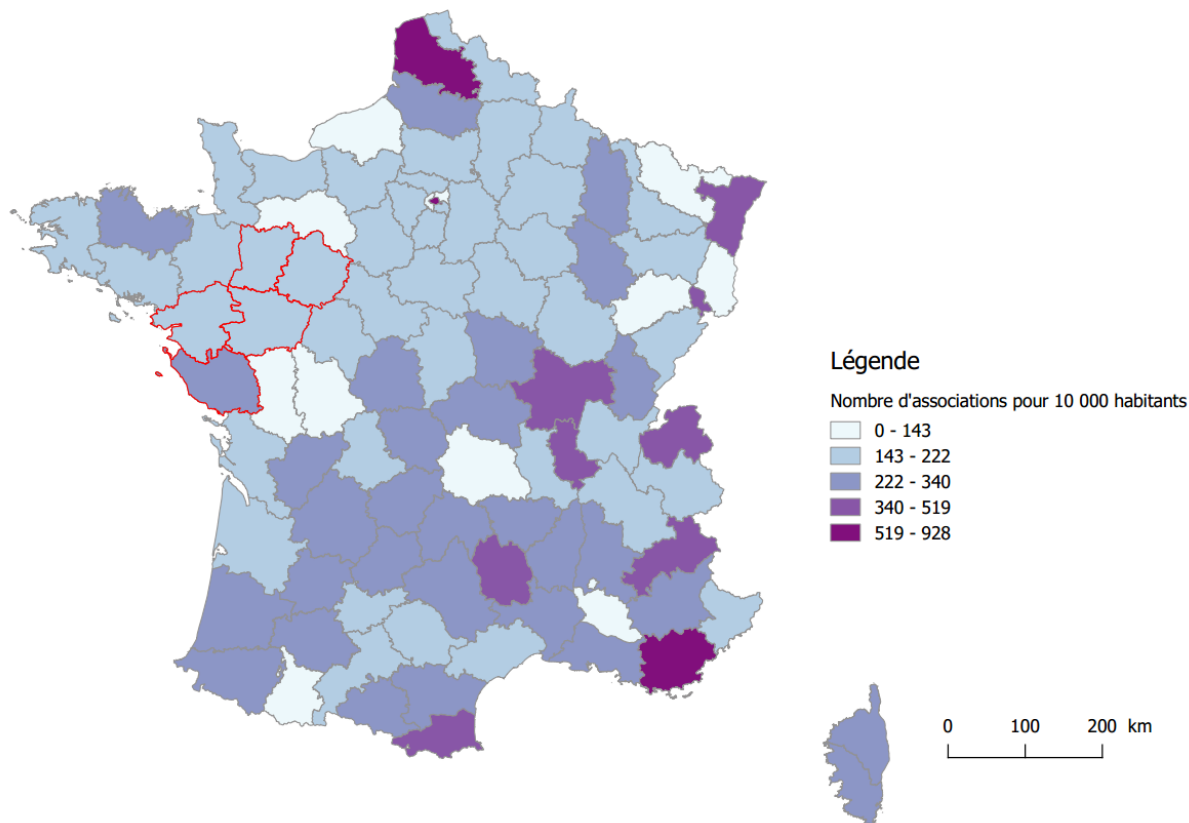
Sources : Dessertine et al. 2004 ; Céroux et Crépin 2013 ; SENACS 2018

2.2.3. Dynamiques associatives et économie sociale

Le nombre d'associations sur un territoire est-il un facteur explicatif de l'implantation des Centres Sociaux ? Une des fonctions des Centres Sociaux est le soutien à la vie associative. En 2016, les Centres Sociaux des Pays de la Loire accueillent 2 943 associations, soit une moyenne de 21 associations par Centre Social. Ils se situent au-dessus de la moyenne nationale (11 associations accueillies). Cela semble *a priori* contradictoire avec ce que présente la carte 10. Les Pays de la Loire ne sont pas une région particulièrement riche en associations, quatre des cinq départements présentent même un nombre d'associations pour 10 000 habitants inférieur à la moyenne nationale (243). L'idée d'un rapport inverse entre le nombre d'associations et le nombre de Centres Sociaux se retrouve quand on compare la carte 10 avec la carte 1 (présentant le nombre de Centres Sociaux par départements). Les départements les mieux dotés en Centres Sociaux ne sont pas ceux présentant le plus grand nombre d'associations (à

l'exception du Rhône et des Bouches-du-Rhône). Cette tendance se retrouve à l'intérieur de la région des Pays de la Loire où le département qui présente le moins des Centres Sociaux, la Vendée, est celui qui a le nombre le plus élevé d'associations pour 10 000 habitants.

Carte 10 : Nombre d'associations pour 10 000 habitants



Sources : Recherches et Solidarités 2018 ; IRDES 2016 ; réalisation Juliette Michel 2019

2.2.3.a. Implantation de l'ESS dans les Pays de la Loire

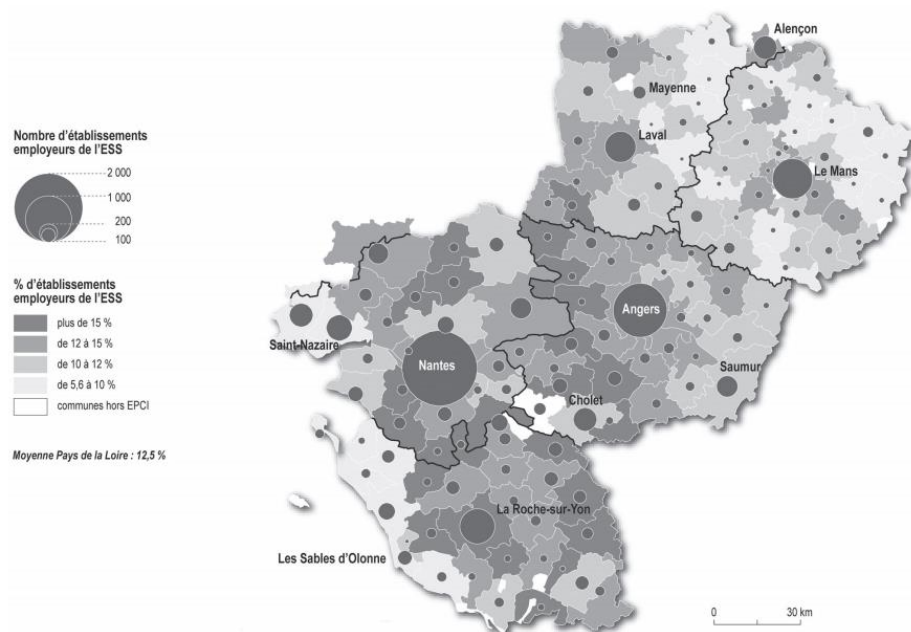
Afin d'approfondir ce questionnement, on peut se tourner vers l'économie sociale et solidaire (ESS), dans laquelle s'inscrivent, par leur statut⁵⁰, les associations et donc la majorité des Centres Sociaux. La région des Pays de la Loire est un contexte particulier quant à la question de la structuration de l'ESS sur son territoire (Bioteau, Fleuret et Glémain 2015 ; Skinner et Fleuret 2011). L'ESS s'y est structurée au travers de dynamiques agricoles, de mouvements comme les associations de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR), le réseau Familles rurales. De plus, la prégnance de l'Église catholique est une composante majeure de l'ESS dans l'ouest de la France, notamment en Bretagne et dans les Pays de la Loire.

Pour ce qui est du nombre d'établissements et de la part de l'ESS dans l'emploi, les Pays de la Loire sont, avec la Bretagne, les régions de France où l'ESS est la plus importante (Bioteau, Fleuret et Glémain 2015). Pour les besoins de la comparaison avec les Centres Sociaux, on ne s'intéressera pas ici

⁵⁰ L'ESS se définit, depuis 2014 et la Loi relative à l'économie sociale et solidaire (2014) autour des statuts juridiques des établissements y étant rattaché : associations, coopératives mutuelles et fondations

au poids de l'ESS dans l'emploi, mais plutôt au nombre des établissements et leurs localisations physiques. Cette présence de l'ESS en nombre d'établissements ne se décline pas de la même manière sur toute la région (voir carte 11). On distingue d'un côté la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée, avec une présence significative des établissements issus de l'ESS et de l'autre, la Mayenne et la Sarthe, où cette présence est moins marquée.

Carte 11 : Établissements employeurs dans l'ESS par EPCI (2009)



Source : Bioteau, Fleuret et Glémain 2015 p.20

Cette répartition peut correspondre à la carte des Centres Sociaux. L'importance d'établissements de l'ESS dans un large quart sud-ouest du Maine-et-Loire se superpose bien avec la couverture territoriale des Centres Sociaux dans le Choletais et les Mauges. Néanmoins, ce cas de figure semble plus être une exception qu'une règle. La densité des établissements de l'ESS en Vendée, au sud de la Loire-Atlantique, ou encore leurs concentrations autour du Mans pour la Sarthe semblent à l'opposé de la répartition des Centres Sociaux.

2.2.3.b Une inscription dans l'histoire de la région

La prégnance de l'Église catholique est un élément important. Elle se retrouve dans le monde agricole via, entre autres, Jeunesse agricole catholique, le Mouvement rural de la jeunesse chrétienne (MRJC) ou la jeunesse ouvrière chrétienne (JOC). De plus, de nombreuses associations sportives, culturelles ou solidaires se sont créées au sein des paroisses.

Dans une étude de 1997, Isabelle Bouju propose une lecture de la répartition spatiale de l'action catholique via la diffusion de la presse publiée par les mouvements à destination de leurs militants. Cette étude repose sur les fichiers d'abonnés des deux publications : « *Témoignage ACO* » (Action catholique ouvrière) et « *Courrier ACI* » (Action catholique des milieux indépendants). À l'échelle nationale, l'étude

de la distribution de ces mouvements montre une implantation forte de l'ouest de la France et notamment en Loire-Atlantique et dans le Maine-et-Loire.

Carte 12 : Nombre d'abonnés aux revues « Témoinage ACO » et « Courrier » par communes en 1995

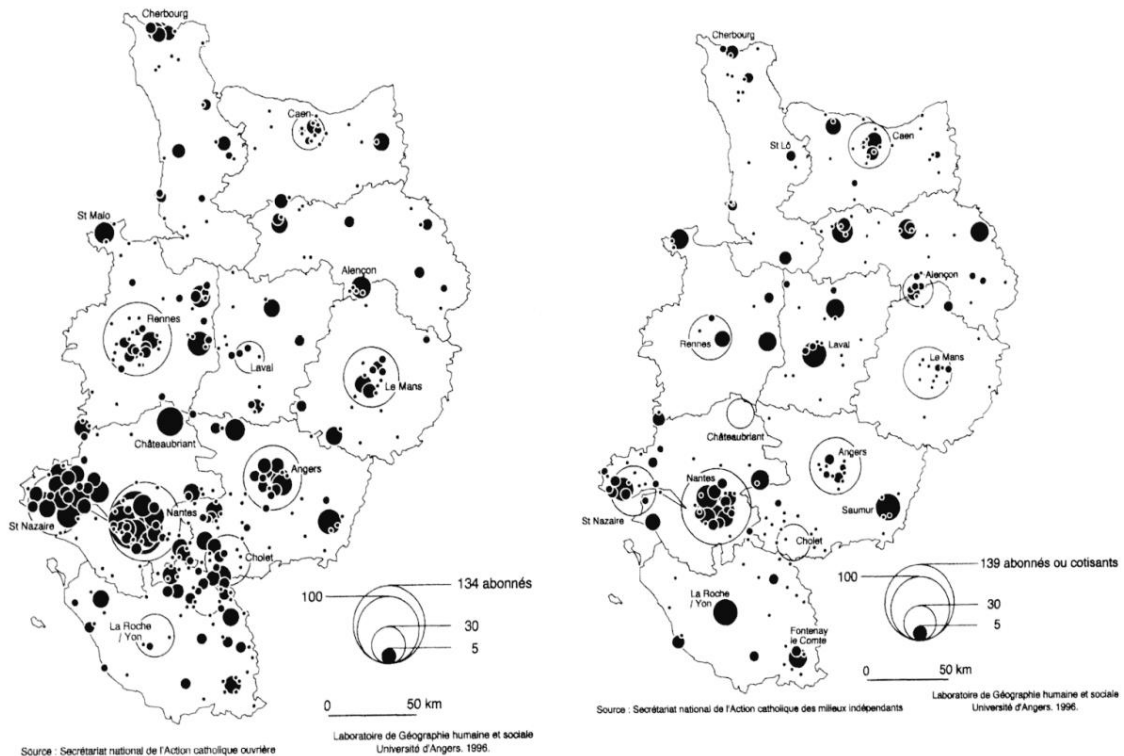


FIG. 3. — Nombre d'abonnés à la revue « Témoinage A.C.O. » par commune en mai 1995.

FIG. 4. — Nombre d'abonnés à la revue « Courrier » et de cotisants à l'A.C.I. par commune pour l'année 1994-1995.

Source : Bouju 1997 p.285

Les cartes 12 permettent un regard plus fin sur les distributions locales. Ces cartes et particulièrement celle sur « Témoinage ACO » montrent une répartition des mouvements catholiques extrêmement proche de celle des Centres Sociaux. On retrouve :

- Pour la Loire-Atlantique, la bipolarité Saint-Nazaire/Nantes.
- Pour le Maine-et-Loire, l'importance d'Angers et une densité dans les Mayennes et le Choletais.
- Pour la Mayenne, une visibilité particulière pour les communes de Château-Gontier, Laval et Mayenne.
- Pour la Sarthe, une concentration sur Le Mans et une présence dans les quarts nord-ouest et sud-est.
- Pour la Vendée, une présence particulière dans le sud du département, autour de Fontenay-le-Comte et sur le littoral (Noirmoutier, Saint-Gilles-Croix-de-Vie, etc.).

La géographie des Centres Sociaux est plus proche de celle de l'ACO que de l'ACI ce qui s'explique par l'histoire des Centres Sociaux leur proximité la question ouvrière.

L'implantation des Centres Sociaux dans les Pays de la Loire traduit à la fois une dimension d'outil à une problématique sociale localisée et un héritage des dynamiques locales. On retrouve la tension entre

dimension endogène et exogène. Le Centre Social est une structure « apposée » sur un territoire quand il semble pertinent pour se saisir de certaines problématiques. En même temps, un Centre Social est une structure dont l'histoire l'ancre dans des dynamiques locales particulières. Ce n'est pas anodin que la géographie des Centres Sociaux se rapproche de celle des abonnés de l'ACO. De la même manière, il paraît normal que les Centres Sociaux urbains interviennent principalement dans des quartiers politiques de la ville. Comme c'était le cas pour le choix d'une définition du Centre Social (I.1.1.1.4), la question n'est pas ici de savoir si le Centre Social est plus un outil d'intervention ou la traduction d'une dynamique locale. Il est les deux, suivant les Centres Sociaux et leurs histoires particulières.

2.3. Les Centres Sociaux et la question du vieillissement des territoires

Si la définition des territoires de l'agrément des Centres Sociaux est une démarche exogène, il n'en reste pas moins que le choix de l'implantation d'un Centre Social repose sur l'identification de problématiques locales particulières. De plus, la démarche de projet social à la base du renouvellement de l'agrément doit conduire le Centre Social à identifier les problématiques de son territoire et à proposer des actions en conséquence. Peut-on alors mettre à jour un lien entre l'implantation des Centres Sociaux des Pays de la Loire et le vieillissement des territoires ? Ce questionnement permet de mettre en avant la région pour son rôle dans le développement d'une réflexion autour du vieillissement dans les Centres Sociaux.

2.3.1. Une région vieillissante

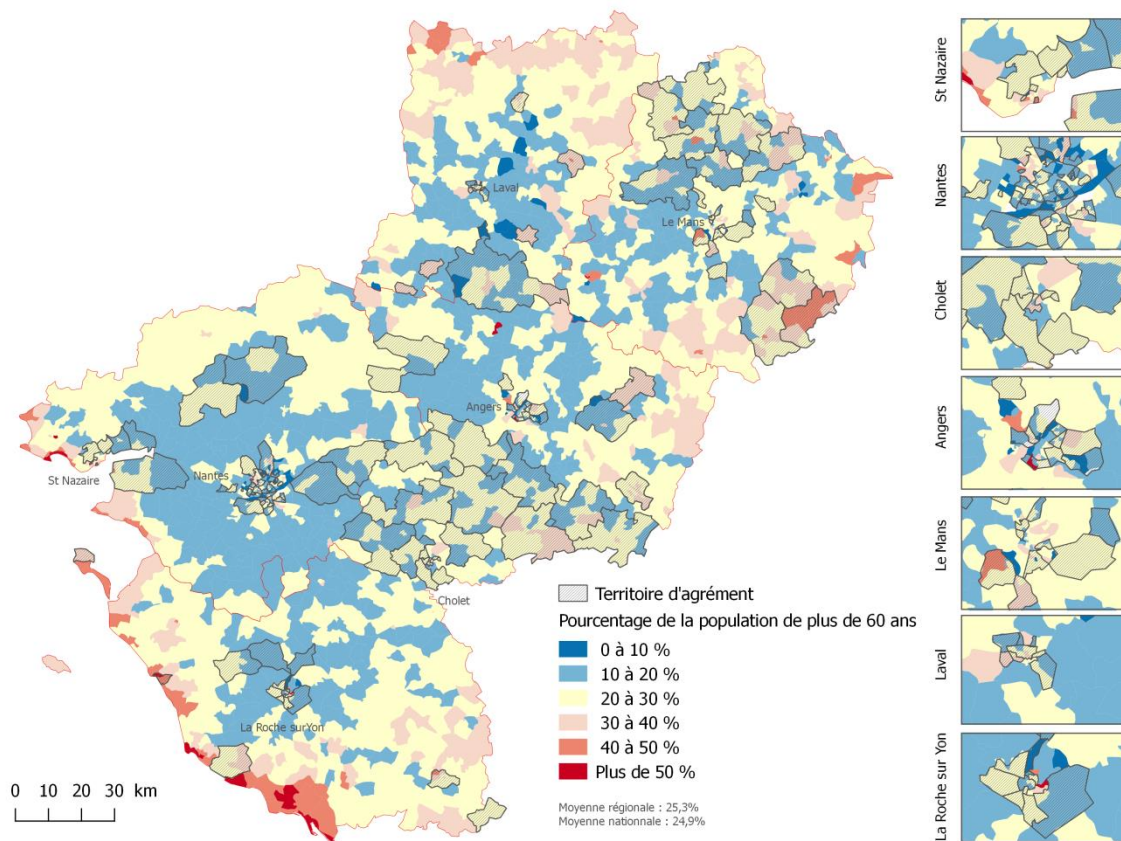
Les Centres Sociaux ne répondent pas à une organisation hiérarchique. Il n'y a pas de donneur d'ordre. À part les grandes lignes définies par l'agrément CAF, l'action des Centres Sociaux en matière de services, d'activités, d'organisations, etc. n'est pas clairement définie. Elle varie d'un Centre Social à l'autre sans grille de lecture générale pour la décrire. Ainsi, tous les Centres Sociaux n'abordent pas la question du vieillissement.

Dans les Pays de la Loire, 88 % des Centres Sociaux mènent des actions sur le « Vieillissement » et le « bien-vieillir » (voir partie II chapitre 5 - 1), contre 80 % à l'échelle nationale (SENACS 2017). Le premier élément qui pourrait expliquer cet engagement dans la thématique du vieillissement est la démographie. Les Centres Sociaux ligériens axeraient, plus que d'autres, leur intérêt sur cette question du fait de spécificités territoriales.

Si le taux de vieillissement régional est très proche du taux national (25,3 % contre 24,9 % - INSEE 2014), la région semble en revanche particulièrement sujette à des dynamiques de

gérontocroissance⁵¹. Le taux de croissance annuelle du nombre de plus de 65 ans y est de 1,8 % contre 1,5 % à l'échelle nationale. Selon les projections, la part des plus de 60 ans devrait atteindre 28 % en 2050, soit un gain de 10 points par rapport à 2013 (INSEE 2018). Les Pays de la Loire font partie des régions ayant le taux d'accroissement annuel moyen le plus élevé entre 2007 et 2014 (+ 0,8 % contre +0,5 %) et les personnes âgées porteraient une majeure partie de cet accroissement (DREAL des Pays de la Loire 2016). Le rôle de l'allongement de l'espérance de vie dans l'évolution de la démographie de la région est accentué par les migrations et le nombre important de jeunes retraités venant s'installer dans la région, notamment sur le littoral vendéen. Selon les projections sur 2050, les trois quarts des nouveaux résidents en Pays de la Loire seraient des seniors (INSEE 2018). La région combine donc des enjeux de vieillissement par le haut⁵² et de gérontocroissance.

Carte 13 : Population de plus de 60 ans par IRIS des Pays de la Loire 2014



Sources :IGN GéoFLA 2015-2016, INSEE 2012 - Réalisation Juliette Michel 2019

Cette réalité est cependant plus contrastée au niveau des territoires. Comme le montre la carte 13, les espaces les plus vieillissants se situent sur la frange littorale de la Vendée et de la Loire-Atlantique, sur le nord de la Mayenne et de la Sarthe, ainsi qu'à l'est du Maine-et-Loire et de la Sarthe. Si la carte illustre

⁵¹ On distingue ici le vieillissement, part des plus de 60 ans au sein d'une population, de la gérontocroissance, nombre de personnes de plus de 60 ans. C'est-à-dire que dans le premier cas on exprime un fait par rapport à une population totale et dans le second, on comptabilise le nombre de personnes concernées

⁵² vieillissement lié à l'allongement de la durée de vie

un vieillissement très contrasté sur la région, elle montre que les Centres Sociaux n'agissent pas sur les territoires les plus touchés par celui-ci. Le taux moyen de personnes de plus de 60 ans dans les territoires d'agrément des centres est inférieur à la moyenne régionale, puisqu'il est de 23,3 % contre 25,3%.

2.3.2. Les Centres Sociaux des pays de la Loire face à la question du vieillissement

La conscience de l'évolution démographique de la région est l'une des raisons du développement du projet I-CARE :

« les Centres Sociaux et Socioculturels se confrontent à une réalité sociale aujourd'hui très prégnante : celle du vieillissement de la population associée à la problématique de l'accessibilité des lieux et des services pour des populations qui, lorsqu'elles perdent de l'autonomie, sont confrontées à des enjeux rejoignant ceux liés au handicap. L'évolution démographique de la région des Pays de la Loire la confronte aujourd'hui à cette question sociale. » (Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire 2015, p.6)

Un autre élément explique cette spécificité régionale : la répartition urbain/rural des Centres Sociaux de la région. Les Centres Sociaux ruraux ont été le point de départ de la considération des personnes âgées comme public dans les aspects qu'il revêt aujourd'hui (voir partie II chapitre 5 – 1.1). Dès le milieu des années 70, les premiers Centres Sociaux ruraux ligériens présentent des traces d'action autour de ce public âgé, notamment des partenariats avec les clubs des aînés ruraux. Ils sont parmi les précurseurs de cette question de l'âge dans les Centres Sociaux, et ce principalement dans les Mauges.

Figure 8 : Exemple d'action de Centres Sociaux des Pays de la Loire dans le document « La vieillesse, une ressource pour la société » (FCSF 2018)



En se basant sur cette dynamique locale, la fédération des Centres Sociaux du Maine-et-Loire et Mayenne a fait partie des fédérations ambassadrices de ce sujet au niveau national, avec notamment la fédération des Centres Sociaux du Nord. Soulignons qu'en 2018, les animateurs de la commission nationale sont encore le délégué de la fédération du Nord et celui de la fédération de Vendée. Cela montre le rôle de la région dans le développement d'un axe autour du vieillissement au niveau national que l'on retrouve dans le choix des actions mises en avant dans le document national de présentation de l'action des centres auprès du public vieillissant où 20 % des actions mises en avant sont ligériennes (voir figure 8 – FCSF 2018).

L'action des Centres Sociaux en local n'est pas subordonnée à ces dynamiques fédérales et les formes de vieillissement touchant leurs territoires sont très variées. En quoi les actions présentées dans la figure 8 sont-elles représentatives des Centres Sociaux des Pays de la Loire de manière générale? Comment peut-on décrire leur action envers un public âgé quand les seules indications sur la nature de leurs actions sont vagues et définies par une institution se concentrant sur un champ « enfance — jeunesse — famille »?

Conclusion du chapitre 1

L'histoire et la géographie des Centres Sociaux permettent de formuler plusieurs questions auxquelles les résultats de cette thèse apporteront des éléments de réponse : il s'agit en quelque sorte de jalons de réflexion.

La tension endogène/exogène qui s'illustre aussi bien dans les conflits de définition que dans le rapport au territoire et aux habitants, est le premier point important de notre réflexion. L'histoire des Centres Sociaux, leur évolution de l'assistance au développement du pouvoir d'agir, témoigne de leur capacité d'adaptation au contexte social et aux évolutions institutionnelles. Elle est à l'origine des différences entre les définitions institutionnelles et militantes et de la faible lisibilité des Centres Sociaux. Ce qui définit le Centre Social va dépendre de qui le définit. Pour la suite de la recherche, une attention particulière sera portée sur les discours des Centres Sociaux, sur les Centres Sociaux et les origines de ceux-ci. **L'action « vieillissement » des Centres Sociaux est-elle une action endogène ou exogène? Par qui, comment et pourquoi est-elle définie?**

La tension endogène/exogène a une traduction particulière dans le rapport des Centres Sociaux aux territoires. D'un côté le territoire d'agrément a une nature exogène, une définition « hors sol », allant jusqu'à ne pas paraître dans les définitions de la FCSF. De l'autre, l'argument de l'endogénéité des pratiques des Centres Sociaux repose sur la capacité à porter des projets avec ou à partir de l'implication des habitants. **Quel est le rôle, la place du territoire dans la pratique des Centres Sociaux?**

**Comment la démarche de diagnostic du projet social oriente-t-elle l'action des structures ?
Dans le quotidien des structures, existe-t-il une différence entre l'usager et l'habitant ?**

Si le territoire est vu comme exogène dans les discours de la FCSF, il est un argument de légitimité de leur action au-delà de la préconisation et des publics de la CAF. Cette dimension a un rôle d'autant plus important ici qu'il y est question du vieillissement. En mettant en avant la dimension territoriale de leurs actions, les Centres Sociaux se placent comme un mode d'intervention particulier dans un contexte de territorialisation de l'action sociale du vieillissement (voir partie I chapitre 2 - 3,3). Les modes de gestion et de financement ainsi que leur histoire et leur implantation les rendent particulièrement proches de l'action publique. **Comment les Centres Sociaux, via leur action territoriale, se proposent-ils d'être des « partenaires des pouvoirs publics » (FCSF 1992 cité dans Maguin 2004) sur la question du vieillissement ? Quel regard portent les pouvoirs publics en question sur les Centres Sociaux ? Quel est, ou peut-être, leur rôle dans l'action publique autour du vieillissement ?**

L'absence d'homogénéisation et de vue d'ensemble de l'action des Centres Sociaux en général et sur le vieillissement en particulier pose également certaines questions. Les contextes territoriaux de l'action des Centres Sociaux sont très différents d'une structure à l'autre, pouvant aller du rural dévitalisé, au littoral touristique en passant par les banlieues urbaines. **En quoi alors les actions envers un public âgé répondent-elles à des problématiques identifiées sur le territoire ? Comment ces problématiques sont-elles identifiées ?**

Chapitre 2 : Bien- vieillir : de la théorie gérontologique aux politiques publiques

Introduction

Après avoir défini les Centres Sociaux il est nécessaire de se pencher sur la seconde dimension de celle-ci : le bien- vieillir. Les Centres Sociaux, particulièrement la FCSF et des fédérations affiliées, ambitionnent de se positionner comme « *partenaire des pouvoirs publics* » (FCSF 1992 cité dans Maguin 2004). Comprendre quels sont les pouvoirs publics en question est donc essentielle. Les Centres Sociaux se positionnent spécifiquement dans le bien- vieillir. « *Les Centres Sociaux, par les différentes formes que revêtent leurs actions, sont d’ores et déjà des acteurs de proximité en lien avec la santé publique et l’accompagnement du "Bien- vieillir" auprès des pouvoirs publics [...]* » (Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire 2015, p.6).

L’image de la personne dite «  g e » a évolué, passant du vieillard sénile au senior dynamique. Ce changement se comprend au sein d’une évolution conjointe des cadres théoriques et des cadres institutionnels de l’intervention publique. Celle-ci aboutit aujourd’hui à la perspective du bien- vieillir. C’est ainsi qu’en plus des lois établissant l’accès aux droits sociaux des personnes âgées (Allocation personnelle autonomie – APA, Retraite, minima vieillesse...), on a vu apparaître le plan national Santé (PNS) « *Bien- vieillir- vivre ensemble* » (2007-2009) proposant différentes étapes pour un « vieillissement réussi »⁵³ de la santé aux relations sociales.

Apparue comme issue des théories de gérontologie sociale dans les années 60, l’idée d’un bien- vieillir prend son essor dans les années 1980 et est rapidement appropriée par les politiques publiques. C’est pourquoi nous considérons ici la gérontologie comme un champ d’intervention particulier. En tant que telle, elle est structurée par des dispositifs locaux, législatifs et présente un corpus théorique définissant diverses formes possibles de vieillissement (vieillissement actif ; vieillissement réussi).

L’objectif de ce chapitre est de comprendre ce qu’est le bien- vieillir en tant que théorie gérontologique et politique publique. Inscrire le bien- vieillir dans son héritage théorique (**I.2.1.**) permet de comprendre quels en sont les enjeux théoriques et de soulever certains questionnements nécessaires au développement de notre positionnement (voir partie I chapitre 3) et de notre méthodologie (voir partie I chapitre 4). Revenir sur les différentes étapes de structuration des politiques du vieillissement permet de comprendre comment émerge aujourd’hui le bien- vieillir (**I.2.2.**). Le croisement de ces deux perspectives permet de définir quels sont les acteurs de ce champ d’intervention et les enjeux que

⁵³ Vieillissement réussi n’est pas entendu ici au sens de « Successful ageing », notion discutée par la suite

suppose la mise en place d'une politique du bien-vieillir (**I.2.3.**) ce qui sera essentiel à la présentation des enjeux d'intégration des Centres Sociaux parmi les acteurs du bien-vieillir (voir partie III chapitre 8).

1. Une construction théorique sur le vieillissement

Introduction

Puisque c'est en tant que théorie du vieillissement que le bien-vieillir s'est d'abord illustré, c'est en tant que telle que nous commencerons par l'aborder. Traduisant d'abord l'idée d'un vieillissement non pathologique avant d'aboutir à un concept héritant de différentes théories, le bien-vieillir apparait avec les débuts de la gérontologie sociale. Au cours des années 60, la gérontologie sociale s'affirme comme une science sociale. Elle s'éloigne d'une considération descriptive du vieillissement pour une volonté explicative. La gérontologie sociale se définit comme :

«[des] recherches et enseignements [qui] ne concernent pas directement les aspects biologiques du vieillissement, mais se rapportent plutôt à ses aspects économiques, sociopsychologiques, sociologiques et politiques. Ces recherches se concentrent sur les hommes groupés en populations, membres de la société et de ses subdivisions, créateurs et vecteurs de culture. La gérontologie sociale étudie spécifiquement la condition et le rôle des personnes âgées, leur culture, leur organisation sociale et leur comportement collectif pour autant que ces divers éléments subissent les effets de l'évolution sociale ou, à l'inverse, influent sur cette évolution. » (Burgess 1958, p.1).

Elle naît d'une distinction, formulée à la fin des années 1950, entre le « vieillissement normal » et le « vieillissement pathologique » (Tibbitts 1963). Le développement de la gérontologie anglo-saxonne dégage un consensus autour de cette opposition (Hummel 2005) qui induit une compréhension du vieillissement comme une combinaison de facteurs génétiques et territoriaux (relations sociales, situation économique, pollution de l'air, etc.) ayant un rôle dans le développement d'un vieillissement normal ou pathologique. Cela en fait d'ailleurs une approche particulièrement intéressante à prendre en compte dans une réflexion géographique (voir partie I chapitre 3 – 1.2).

Les différentes théories de la gérontologie sociale ont évolué, passant d'une opposition entre désengagement et activité (**I.2.1.1**)   des vieillissements positifs (**I.2.1.2**). Si le terme « Successful aging » se substitue souvent à celui du bien-vieillir dans la littérature gérontologique (Balard 2013), revenir sur chacune des notions apparentées au bien-vieillir permet d'exposer les raisons de choisir de distinguer ces deux notions dans cette thèse (**I.2.1.3**).

1.1. Les premières théories du vieillissement

1.1.1. Théories du désengagement et de l'activité

Dès les années 60, la gérontologie sociale oppose deux théories (Nader 2013) : la théorie du désengagement et la théorie de l'activité. Ces deux courants ne se contentent pas de décrire le vieillissement. Ils cherchent à indiquer la voie pour un vieillissement réussi (au sens de non pathologique). L'individu se définit par les rôles sociaux associés à son statut au sein de la société or, le vieillissement se caractérise par la perte d'un certain nombre de ces rôles lié au changement de statut (retraite, départ des enfants, veuvage...) (Caradec 2008). Les théories du vieillissement qui se développent se penchent sur la compréhension des adaptations à cette perte de rôle.

Développée par Elaine Cumming et William Henry (1961), la théorie du désengagement appr h nde la vieillesse comme un temps de retrait de la société. Le désengagement progressif de la société des personnes âgées y est vu comme un processus d'adaptation au cours duquel la personne vieillissante cesse d'exercer les rôles qu'elle ne peut plus accomplir du point de vue fonctionnel et social. Cette approche conduira à la construction d'une image du vieillissement et plus particulièrement de la retraite, comme d'une « mort sociale » (A.-M. Guillemard 1972). D'un autre côté, la théorie de l'activité (Havighurst 1963) d cr te que l'individu qui vieillit bien est celui qui maintient ses activités sociales le plus longtemps possible. Le vieillissement réussi, c'est-à-dire la limitation de la réduction des possibilités physiques et mentales, se fait par la recherche d'activité de substitution. Il s'agit de remplacer les relations, les activités et les rôles propres à l'âge moyen⁵⁴ afin de maintenir des activités (Walker 2015).

Ces théories ont fait l'objet de nombreuses critiques. Peter Townsend (1986) critique le « fonctionnalisme de connivence » qui les traverse. Aucune de ces approches ne prend en compte la construction sociale du statut des personnes âgées, ne les considérant pas comme des acteurs de la vie sociale et politique, voire contribuant à légitimer ce *statu quo*. Toujours selon l'auteur, théorie de l'activité considérant les problèmes rencontrés lors du vieillissement comme des difficultés d'adaptations individuelles, elle s'interdit de les poser de manière politique. De même, la vision de la personne âgée par la théorie du désengagement justifie leur exclusion du marché du travail et ne peut que pousser à la démission des politiques publiques (Caradec 2008).

D'autres critiques ont mis en avant un positionnement incorrect sur le plan épistémologique. Considérer la validité universelle de l'une ou l'autre des théories n'est pas tenable. La notion même d'activité pose un problème de définition :   quel moment une « occupation » est-elle considérée comme une activité :

⁵⁴ Par âge moyen on entend la traduction de l'anglais « middle age » qui selon l'Oxford English Dictionary (« Middle age » s. d.), correspond à une tranche d'âge entre 45 et 65 ans. L'utilisation de cette classe d'âge par les auteurs souligne qu'il ne s'agit pas de maintenir les activités et les rôles associés aux jeunes adultes. Le choix de traduire ainsi cette notion, et de ne pas prendre son équivalent francophone d'«  ge adulte », permet de ne pas exclure les retraités du groupe des adultes.

repas de famille, faire les courses, regarder la t el evision, etc. ? De plus, le d esengagement est appr ehend e de mani ere objective. L' etude d'Elaine Cumming et William Henry cherchait à elaborer un cadre conceptuel de l' evolution physique des personnes  g ees sans tenir compte des significations que celles-ci donnent à leurs vieillissements (Caradec 2008 ; 2012 b ; Billaud et Brossard 2014).

1.1.2. Construction d'une vieillesse homog ene

La th eorie de l'activit e a aussi  t e critiqu ee en raison de son approche consid eree comme trop id ealiste et bas ee sur des standards nord-am ericains de la classe moyenne. Le maintien par soi-m eme du niveau d'activit e de l' age moyen est irr ealiste. Les limites physiologiques et celles qu'imposent les structures économiques, politiques et sociales (Walker 2015, 1980) ne sont pas consid erees.

De mani ere g en erale, ces th eories ont  t e critiqu ees pour les constructions d'une image de la vieillesse et des personnes  g ees comme une population homog ene (Coleman, Bond et Peace 1993). La th eorie de l'activit e pr esente un id eal normatif qui se base sur les pratiques d'un certain groupe social, ici la population d' age moyen d'Am erique du Nord. Cette conception ne correspond pas aux situations et aux possibilit es de tout type de personne. Comme le montre Aur elien Martineau et Mathilde Plard (2018) au sujet du vieillissement des populations immigr ees, certains publics sont confrontées à des difficultées importantes ne serait-ce que pour correspondre à un mod ele homog enisant, avant m eme d'être confrontée à sa mise en pratique. La pr econisation de comportement vertueux basée sur un tel mod ele renvoie un stigma sur les personnes ne pouvant s'y conformer et une souffrance de « *ne pas être à la hauteur* » (Ehrenberg 1998).

En d epit de ces critiques, depuis la th eorie de l'activit e, le lien entre activit es et vieillissement r eussi n'est pas remis en cause. Le point d'attention n'est donc pas celui de la pratique d'activit e, mais de la mani ere dont on d efinit ces activit es. Ici la critique tient à la g en eralisation de pr econisations qui, si elles contribuent au vieillissement r eussi de la classe moyenne am ericaine, ne correspondent pas aux possibilit es, voire aux besoins, d'un autre groupe de population. C'est un  l ement important à int egrer dans notre r eflexion sur les Centres Sociaux qui, justement, proposent des activit es afin de bien-vieillir.

1.2. Les vieillissements positifs

En m eme temps que le d eveloppement de ces travaux th eoriques, la g erontologie sociale d eveloppe une consid eration autour de sa responsabilit e sociale. Un processus r eflexif autour de la construction des images n egatives de la vieillesse aboutit au concept d' agisme (Butler 1969 in Hummel 2005). L' agisme d efinit la st er eotypisation n egative des attributs de la vieillesse et la s egr egation sociale induite. D efini en 1969 par Robert Butler, l' agisme est un m ecanisme de discrimination par l' age. Ce changement de perspective est illustrée par l'apparition de travaux d edi es au vieillissement « positif » ou « en sant e » qui vont entraîner l' emergence des vieillissements « productif », « actif » ou « r eussi ».

Dans les années 80, un nouveau modèle se met en place, celui du « productive aging » (Nader 2013), ou vieillissement productif. Le concept est vite approprié et devient le cheval de bataille des défenseurs des droits des personnes âgées et de tous ceux qui envisagent une approche plus positive du vieillissement (Bass, Caro et Chen 1993). Cette approche opère un rapprochement des préoccupations des politiques sur le coût des retraites et des soins de santé. La question du « Vieillissement productif » prend une place importante sur la scène publique et est abordée au G8 de 1997 à Denver. Le vieillissement productif répond à une conception assez restreinte de la productivité par la participation au marché du travail, la production de bien ou de service : « *le vieillissement productif consiste en toutes activités d'une personne âgée qui produit des biens ou des services ou développe la capacité des personnes âgées de la produire que ceux-ci soient payés ou non* » (Bass, Caro et Chen 1993, p.6).

À partir des années 90, on assiste à un développement parallèle de deux « mouvements » : le « Successful aging » (vieillissement réussi) et le « vieillissement actif », le premier étant un courant de gérontologie sociale et le second un paradigme principalement utilisé dans les politiques publiques européennes.

1.2.1. Vieillissement réussi

Dans les années 90, la notion de vieillissement réussi, *successful aging* s'impose. Cet essor coïncide avec l'aboutissement dans les années 1990 de différents programmes de recherche : ceux de Paul Baltes et Margaret Baltes (1990) et ceux de John Rowe et Robert Kahn (1997).

Paul Baltes et Margaret Baltes (1990) soutiennent que les individus cherchent constamment à exercer un contrôle sur leur vie en usant d'une stratégie à trois composantes : la sélection, l'optimisation et la compensation (Gangbè et Ducharme 2006). Il ne s'agit pas de donner une définition du vieillissement réussi, mais de se pencher sur le processus du vieillissement réussi. Celui-ci ne serait pas le résultat de diverses stratégies adaptatives, mais l'ensemble des stratégies adaptatives elles-mêmes. Celles-ci ont pour but de permettre l'accumulation, la préservation et la gestion des ressources dans le grand âge (Hummel 2005). Les trois composantes de la stratégie se basent sur les objectifs de la personne âgée :

- La sélection des objectifs.
- L'optimisation par le choix et l'application des moyens les plus efficaces pour atteindre ses objectifs.
- La compensation par des moyens de substitution lorsque les moyens initiaux ne sont plus disponibles.

Cette approche prend en compte la diminution des compétences de l'individu avec l'âge. Un « vieillissement réussi » consisterait à tirer le meilleur parti de ce qui pourrait être disponible. Elle met l'accent sur les attributs individuels tels que la motivation, la capacité d'adaptation et la résilience comme déterminants majeurs du « vieillissement réussi » (Gangbè et Ducharme 2006).

John Rowe et Robert Khan proposent une approche plus médicale, plus statique. Le « vieillissement réussi » est défini comme un état caractérisé par 3 composantes principales : l'absence de maladie ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et un engagement actif, occupationnel et social. Les auteurs réfutent l'association inévitable entre l'avancée en âge et l'élévation des risques et maladie et de handicap. L'argument principal est la distinction des risques liés à l'âge (*age-related*), mais non dépendants de l'âge (*age-dependant*). Ce n'est pas le vieillissement qui cause la maladie, mais l'augmentation des risques liés à l'âge et ces risques peuvent faire l'objet de prévention (Crignon-De Oliveira 2012). La particularité de cette considération est son approche de la vieillesse comme un élément intégré au parcours de vie comme le produit des choix que l'individu a faits dans les étapes précédentes de sa vie.

En plus de ces deux approches, Matilda Riley et John Riley (1990) développent le modèle de « l'écart structurel » (*structural lag*). Comme Paul Batles et Margaret Batles, les auteurs ne donnent pas de définition précise du « vieillissement réussi ». Leur modèle met en avant l'individu comme principal agent de son vieillissement. Ils se penchent sur les différentes contraintes sociétales qui entravent un vieillissement réussi en se basant sur le constat que la structure de la population a profondément changé sans que cela se soit accompagné de modifications des structures sociales. Cet écart entre les exigences et opportunités de l'environnement d'une part et les capacités de l'individu d'autre part provoque un fossé structurel et compromet le bien-être des personnes âgées.

1.2.2. Vieillissement actif

La notion de « vieillissement actif » fait son apparition comme stratégie politique alternative dans le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de (1998) : « *Maintaining Prosperity in an Aging Society* ». Défini par l'OMS en 2002, lors de la deuxième conférence du vieillissement à Madrid, le vieillissement actif est « *le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse* » (Nader 2013). Le « vieillissement actif » recoupe un éventail plus large d'actions que celles associées à la production et au marché du travail. Il inverse la tendance en illustrant une vision du vieillissement autre que celle menant inéluctablement à un affaïssement de la productivité et la compétitivité des pays, mais bien comme un potentiel (A.-M. Guillemard 2013).

Ce nouveau paradigme comprend le « vieillissement actif » comme un processus et s'inscrit de fait dans des dynamiques de parcours de vie. On retrouve en cela les approches proposées par John Rowe et Robert Kahn dans leur modèle de « vieillissement réussi ». Les stratégies d'action se construisent sur la gestion des parcours de vie et non plus sur les paliers d'âge de la segmentation en 3 temps de la vie de l'ère industrielle (A.-M. Guillemard 2013).

L'OCDE construit ce nouveau concept au lieu de mobiliser les concepts existant en gérontologie sociale : « vieillissement productif » et « réussi » (Guillemard 2013). Le « vieillissement actif » se veut un compromis entre les deux. Il recouvre ainsi une gamme d'activités plus large que la production stricte de bien et de service du « vieillissement productif » (Bass, Caro et Chen 1993). Il va incorporer des activités liées à la participation sociale soulignée dans les modèles de « vieillissement réussi ».

Sur de nombreux aspects, la proposition des Centres Sociaux en termes de vieillissement se rapproche de ce « vieillissement actif ». La participation sociale en est par exemple une composante principale (voir partie II chapitre 5 - 1.1.2). Un autre aspect important est la compréhension du vieillissement comme une ressource. « *Avant d'être un coût et un risque ; le vieillissement peut être une ressource et une opportunité pour la personne, les territoires et la société et permettre à chacun quel que soit son âge et ses fragilités, de rester acteur, de participer à la vie sociale* » (FCSF 2018, p.5).

Néanmoins, la dimension de la participation sociale et politique est rapidement ignorée dans la mise en place des politiques du vieillissement (Walker 2015). Le concept connaît une réduction progressive pour finir par n'illustrer qu'une volonté de faire travailler les seniors plus longtemps. Les stratégies politiques qui vont être mises en place se voient principalement cantonnées au maintien en activité rémunérée ou à restreindre les dispositifs de retrait précoce du marché du travail (A.-M. Guillemard 2013). Par exemple, les 21 rapports nationaux publiés par l'OCDE sur le thème « *Vieillesse et politiques de l'emploi* » se concluent en 2006 par le rapport de synthèse « *Vivre et travailler plus longtemps* ». De la même manière, quand l'Union européenne déclare 2012, année du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations, elle la présente ainsi : « *cette initiative vise à améliorer les possibilités d'emploi et conditions de travail des personnes âgées, de plus en plus nombreuses en Europe, afin de les aider à jouer un rôle actif dans les sociétés* » (Commission Européenne 2010).

1.3. Bien-vieillir : Successful aging ou Well-aging ?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aborde la question du vieillissement « *en restant actif* ». Cette approche se fonde sur la charte d'Ottawa, la prévention de la santé des aînés s'inclut dans une politique de vieillissement actif :

« La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu. »(OMS 1986).

C'est donc dans ce contexte, avec ses différents héritages, qu'apparaît la notion de bien-vieillir. Si on peut la rapprocher la notion du « vieillissement réussi - *Successful aging* », dont elle découle directement d'un point de vue des d'héritages scientifiques, il semble important d'en faire une notion distincte. On

peut ainsi prendre en compte les apports de l'appropriation et la diffusion qui en est faite par différents porteurs associatifs ou institutionnels et les politiques publiques.

La définition de l'OMS, qui est la base de développement des « villes amies des aînées » (voir I.2.3.2) ainsi que d'autres dispositifs publics de promotion de la santé et de la participation des aînés oriente le bien-vieillir vers une considération de bien-être (*well-being*), plus proche d'un *well-aging* que du *Successful aging*. C'est dans cette lignée que cette thèse s'inscrit pour prendre la notion de bien-vieillir dans ce qu'elle suppose d'appropriation et de compréhension par les différents acteurs qui s'en saisissent (voir partie II chapitre 5 - 2.2), dont les Centres Sociaux. Ce choix conduit à se rapprocher d'une géographie bien-être (voir partie I chapitre 3 - 3.2.1).

2. Vieillesse et politique publique

Introduction

Choisir de distinguer le bien-vieillir de cette manière pousse à se pencher sur les évolutions successives des politiques du vieillissement et des enjeux qui en découlent quant à la structuration des acteurs et des préconisations.

À partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale se développe une relation forte entre vieillissement et politiques publiques en France (Walker 2015). En 1945, la généralisation du système de retraite, mis sous gestion du régime de sécurité sociale, instaure le statut de retraité. La retraite sort d'une considération privée et devient la construction d'un droit collectif à l'existence en dehors du travail. Les problématiques du vieillissement sortent du cadre familial pour devenir une question publique. Cela va avoir un second effet notable : la structuration du champ sanitaire et social, explicitement mentionné dans les découpages administratifs, inaugurant ainsi la répartition de différentes compétences entre les collectivités territoriales (Argoud 2008).

On assiste dès lors à la formation d'un ensemble d'intervention et de politique publique « *structurant, de manière explicite ou implicite, les rapports entre vieillesse et société* » (Guillemard 1986). Depuis 1946 et l'institutionnalisation du statut de retraité, les considérations des politiques publiques sur la vieillesse ont fortement évolué. Une première période permet de passer progressivement d'une considération sur les retraites à l'affirmation d'un mode de vie particulier après la sortie du monde du travail avec la notion du 3^e âge. Cette période marque la structuration du champ de l'intervention gérontologique autour d'acteurs émergents, parmi lesquels il s'agit de positionner les Centres Sociaux (**I.2.2.1**). La période suivante, marquée par la crise économique, l'allongement de l'espérance de vie et la décentralisation, entraîne une inflexion des politiques de la vieillesse, les éloignant des modes de vie et professionnalisant le secteur de l'intervention gérontologique (**I.2.2.2**). Ces évolutions créent une distinction entre gestion de la dépendance d'un côté et prévention de l'autre, ainsi que la structuration d'un marché particulier et un

besoin de coordination de plus en plus marqué (**I.2.2.3**). C'est donc dans ce contexte qu'émerge le bien-vieillir dans les politiques publiques.

2.1. Des retraites au 3^e âge

2.1.1. La création du système de retraite

2.1.1.a. Les débuts de la Sécurité Sociale

En 1946, la Sécurité sociale française est mise en place. Elle se fonde sur un mélange entre les deux grands modèles de protection sociale alors en place en Europe : le modèle bismarckien et le modèle beveridgien. Dans le système bismarckien, la pension de retraite est un remplacement du salaire, versé aux anciens actifs en fonction des années de travail effectuées et du salaire perçu. Son financement, qui relève de la solidarité entre générations, repose sur les cotisations des employeurs et des salariés. La gestion est confiée à des institutions spécifiques distinctes de l'État : partenaires sociaux, réseaux de caisses de retraite... (Lamy 2013). On parle alors d'un système « assurantiel ». Le modèle beveridgien repose sur le principe des « 3 U » : universalité, uniformité et unité (Kerschen 1995). En termes d'approche de la vieillesse, ce modèle se caractérise par l'allocation d'une pension aux anciens travailleurs ayant cotisé, mais à la différence du modèle bismarckien, il s'agit d'un revenu forfaitaire, indépendant du précédent niveau de rémunération (Lamy 2013).

La sécurité sociale française se situe entre assurance et universalisme. Elle se structure en 4 branches aux des philosophies sous-jacentes tirant plus ou moins vers l'un de ces grands modèles : trois branches à philosophie assurantielle bismarckienne (maladie, vieillesse, accidents du travail) et une branche suivant le principe universaliste beveridgien (famille). Le financement de l'assurance retraite repose donc sur une solidarité entre générations : les cotisations des actifs servent immédiatement à payer les retraites actuelles. De plus, le salariat est à la fois la norme et le statut qui donne accès aux droits sociaux (Nezosi 2016).

La différence des philosophies sous-jacentes de la branche famille et de la branche vieillesse est intéressante à garder à l'esprit quand on considère les Centres Sociaux et le vieillissement. Dans les outils mobilisés par les Centres Sociaux pour connaître leurs populations, certains ne correspondent pas l'ensemble de leurs publics. Les adhésions familiales (l'inscription conjointe des parents et des enfants, qui fait écho à la dimension universaliste de branche famille), le recours au quotient familial, etc. sont des outils de la CNAF (caisse nationale d'allocation familiale, représentation nationale des CAF). Le recours à des outils issus de la CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse) comme les GIR (groupe iso-ressource⁵⁵) n'est ni une pratique courante ni une pratique encouragée dans les Centres Sociaux.

⁵⁵ Les groupes iso-ressource sont issus de la grille AGGIR-Autonomie gérontologique groupes iso ressource, qui évaluent la dépendance et l'autonomie des personnes. Il existe 6 groupes, de 1 à 6, le 1 étant le degré le plus haut de dépendance et 6 le plus haut d'autonomie. Le GIR 5 et 6 sont les GIR « autonome »

2.1.1.b. Le retraité

La généralisation du système de retraite instaure surtout le statut de retraité et contribue à une homogénéisation de la vieillesse : les personnes deviennent, à partir d'un seuil d'âge prédéfini (à ce moment-là 65 ans) de manière englobante des retraités (Guillemard et Viriot-Durandal 2015).

Bien qu'un progrès en matière de qualité de vie des personnes âgées, le droit à la retraite participe à la construction sociale de leur dépendance économique (Walker 1980). Se construit alors le stéréotype de l'âgé pauvre et fragile (Townsend 1981 ; Binstock et Post 1991 ; Hudson et Gonyea 2012). De fait, la gestion publique par la pension de retraite entraîne une représentation du problème de vieillesse comme étant essentiellement une question de ressources financières (Guillemard et Viriot-Durandal 2015).

L'exclusion des systèmes politiques et décisionnels renforce cette vision négative. La sortie du marché du travail à un âge arbitraire écarte la personne âgée du travail salarié et donc des principales sources de la conscience politique et des canaux de représentation. De plus, comme mentionnées plus haut, les réflexions sur le vieillissement se font à partir du statut de salarié et non à partir de la considération de citoyen. Ce qui entretient la perception des personnes âgées comme des personnes inactives, passives, dociles, tournées vers la famille et ne se souciant pas de participer à la vie sociale et politique (Walker 2015).

2.1.2. La politique des modes de vie

La protection sociale se développe avec une volonté de généralisation à l'ensemble des populations. Le contexte économique et démographique favorable des 30 glorieuses facilite cette généralisation, la forte proportion de la population active et le contexte de plein emploi (1945-1975) contribuant à son financement. L'augmentation de l'espérance de vie est un élément important de l'évolution du contexte. Entre 1946 (mise en place de la sécurité sociale) et 1960, l'espérance de vie a augmenté de 7 ans passant respectivement pour les hommes et les femmes de 59,9 ans et 65,2 ans à 67 ans et 73,6 ans. En 1975, elle atteint 69 ans pour les hommes et 76,9 ans pour les femmes (INED 2017).

À partir des années 1960 jusqu'en 1975, les politiques publiques laissent de côté une approche essentiellement assurantielle de la question des personnes âgées, pour une visée plus large de réinsertion sociale. En 1960, le Premier ministre crée la « commission d'études des problèmes de vieillesse » (Henrard et Ankri 2003). La demande est de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager les lignes directrices de la politique à mettre en place. Cette commission aboutit à la publication du rapport Laroque en 1962 qui rompt avec la pratique de l'institutionnalisation des très âgés. Les hospices étaient principalement destinés à une vieillesse pauvre, indigente ou diminuée physiquement (Gilson 2014).

Dans ce rapport, Pierre Laroque, « père fondateur » de la Sécurité sociale, fait le constat de la pauvreté de plus en plus importante des personnes âgées. Les personnes âgées sont présentées comme des « laissées-pour-compte » caractérisées par la pauvreté, l'isolement social et le mal-logement. Il propose alors « à la société française, une éthique du vivre ensemble à travers une politique de maintien à domicile [...] permettant aux gens âgés de garder leur place dans la société » (Ennuyer 2007). Le maintien au domicile est donc préférable à la mise en institution.

Cette politique, définie comme une « politique des modes de vie », devient le mode d'intervention privilégié. Ce mode d'action introduit les « politiques de la vieillesse ». Elles soulignent le passage des politiques publiques d'une préoccupation économique (marquée par la notion d'assurance) à une préoccupation sociale (Caradec 2008). Les politiques de la vieillesse mettent l'accent sur le prolongement de la vie indépendante et autonome en prônant la construction de logements adaptés, l'instauration de services à domicile et de dispositifs de lutte contre l'isolement.

Ces dispositions introduisent des considérations de prévention dans la prise en charge du vieillissement. Pierre Laroque exprime le problème de la vieillesse comme :

« dominé par la nécessité de concilier, d'une part, l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, d'autre part, leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation » (Haut Comité consultatif de la population et de la famille 1962, p.5).

Il s'agit d'anticiper et de compenser les éventuelles difficultés rencontrées pouvant entraver l'intégration des personnes âgées dans la société.

2.1.3. Le 3^e âge

L'âge n'est plus seulement un marqueur de la sortie du monde du travail, mais une position sur l'échelle d'âge ouvrant à de nouveaux droits à l'intégration. La question devient celle de la marginalisation sociale des aînés plus que celle des revenus (Guillemard et Viriot-Durandal 2015). Les politiques de la vieillesse ont amorcé plusieurs changements dans la construction sociale de la vieillesse. Elles vont contribuer à l'émergence d'une nouvelle manière de considérer le fait d'être âgé : le « vieillard » entre dans le « troisième âge » (Guillemard et Viriot-Durandal 2015 ; Caradec 2008 ; Lenoir 1979). Le terme apparaît au moment où les conditions de vie des retraités s'améliorent. Le 3^e âge représente alors « *le moment du plaisir enfin atteint, enfin conquis* » (Trincas et Puijalon 2004). On y ajoutera plus tard « 4^e âge », accompagnant ainsi la progression de l'espérance de vie (voir I.2.2.2.2).

Le rapport Laroque ouvre la porte à des institutions nouvelles de prise en charge de la vieillesse en dehors du contexte familial. Cette période se caractérise par le développement d'une offre de loisirs, notamment des clubs 3^e âge et de structures d'hébergement adaptées. La mise en œuvre des préconisations du rapport Laroque aboutit à un contexte favorisant les rapprochements et la coopération

entre différents acteurs ayant la volonté de proposer des réponses à ces nouveaux « problèmes » des personnes âgées. La diversité des acteurs contribue à l'évolution des cadres d'action d'une approche d'« assistance », concentrée sur les plus pauvres, vers une réflexion plus globale et préventive sur les situations particulières d'une catégorie d'âge (Argoud 2016a). La conception de la vieillesse introduite par le rapport Laroque vient conforter des pratiques de retraites plus actives apparaissant dans les classes moyennes salariées, notamment via l'implication dans le tissu associatif local. En se basant sur une généralisation des pratiques des classes moyennes, on construit le « *champ des agents de gestion de la vieillesse* », où apparaissent au premier plan les caisses de retraite complémentaire (Alvarez 2014).

2.1.4. Les acteurs d'un champ émergent

2.1.4.a Les innovateurs périphériques

Dominique Argoud (2016 b) souligne que ce champ d'intervention s'est construit sur une certaine forme de vide. Au début des années 60, au moment de la publication du rapport Laroque, le public « âgé » est encore peu connu et passablement invisible dans les cadres de l'action sociale, en dehors de l'action sociale à destination des pauvres. Cette absence de connaissance du public se retrouve dans les cadres médicaux ou scientifiques, la gériatrie et de la gérontologie n'en étant qu'à leurs débuts.

Le secteur de l'action sociale vieillesse est une construction *ex nihilo* qui va faire la part belle aux acteurs de proximité. Cette importance du local se comprend dans ce contexte où l'absence de connaissance du public va pousser à se tourner vers des acteurs travaillant déjà avec cette population. Les animateurs socioculturels, les assistantes sociales, les infirmières, les employés des services municipaux, etc. vont être associés à l'identification des besoins des personnes âgées et à l'élaboration de réponses.

Les modes de cette nouvelle action sociale se structurent sur des systèmes acteurs locaux mêlant municipalités, professionnels médicosociaux, sociaux et médicaux. Ces acteurs peuvent aussi être issus des associations d'action sociale, des clubs du 3^e âge, ainsi que des caisses de retraite complémentaires (notamment depuis constitution de l'ARRCO⁵⁶ en 1960) (Alvarez 2014). Un exemple de cette dynamique est la mise en place de l'office grenoblois des personnes âgées, à partir de 1968 :

« Il a souvent été fait référence à la "bande des quatre" à l'origine de la "mayonnaise grenobloise" qui fut considérée pendant longtemps comme la vitrine de cette nouvelle action sociale vieillesse : un universitaire philosophe, un médecin gériatrique, un directeur de caisse de retraite complémentaire, une adjointe au maire » (Argoud 2016a, p.105).

Le développement de cette action sociale se fait principalement via ces « innovateurs périphériques » (Guillemard 1988), ces acteurs en dehors des canaux administratifs traditionnels bénéficiant d'une plus grande autonomie. On notera l'augmentation du nombre d'associations se proposant d'intervenir sur

⁵⁶ Association des Régimes de Retraite complémentaire

cette question, qui permet d'avoir un cadre plus souple que ne peut l'être l'administration (Argoud 2016a).

Il apparaît également des plateformes, dispositifs ou espaces consacrés à faire du lien entre les acteurs associatifs, militants, professionnels, élus, etc. À l'échelle locale, ce sera le cas des offices municipaux des personnes âgées. Dans certaines régions, se développent des structures dédiées à la formation ou à l'étude de ces questions, comme l'a fait l'OAREIL⁵⁷ (créée en 1976). On peut citer des initiatives nationales comme la fondation nationale de gérontologie (1967-2013) ou le Centre de liaison, d'études, d'information et recherche sur les problèmes des personnes âgées (fermé en 2014) (Argoud 2016a).

2.1.4.b. Les Centres Sociaux : des vieillards à la famille

Avec la diversité des acteurs locaux, ainsi que du 3e âge prôné au niveau national, les retraités se voient proposer un nouveau mode de vie tourné vers la sociabilité, la consommation et l'ouverture sur la société (Alvarez 2014). Ces aspects montrent les jeux d'acteurs, politiques et sociaux qui ont conduit à instaurer des modes de vie à la retraite publiquement et politiquement légitimés.

Les Centres Sociaux ne font pas partie de ces premiers « innovateurs périphériques » sur la question du vieillissement. Au début des années 60, les Centres Sociaux sont principalement des structures d'assistance et médicosociales (voir partie I chapitre 1 – 1.1). Les activités à destination des personnes âgées, alors nommées « vieillards », tiennent principalement d'une assistance aux plus démunis ou dépendants via la mise en place de « parrainage de vieillards ». Il s'agit du portage de repas à domicile, de l'aide pour faire son linge ou visite aux hospitalisés (Galand 2019). La proposition des Centres Sociaux est alignée avec une approche de la vieillesse qui précède le rapport Laroque. Comme les prolétaires au début des Centres Sociaux, les âgés sont un public qu'il faut soutenir et assister. Ils ne sont pas considérés comme pouvant participer ou dans un rôle de citoyen.

Le tournant socioculturel des Centres Sociaux (voir partie I chapitre 1 – 1.1.2) va les éloigner de ces considérations et les conduire à proposer des modes d'investissement des personnes plus proche des conceptions du retraité investi et citoyen. Néanmoins, le rôle de plus en plus grand de la CAF et leur implantation préférentielle dans des quartiers de grand ensemble à la population jeune éloignent les Centres Sociaux de ces premiers acteurs de la vieillesse pour s'inscrire dans des considérations familiales.

⁵⁷ Office aquitain de recherches, d'études, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées

2.2. Inflexion et décentralisation des politiques vieillesse

La politique du mode connaît plusieurs inflexions. À partir de 1975, l'action des politiques des modes de vie, qui prônent une logique d'intégration, se heurte à l'exclusion de plus en plus rapide du monde du travail.

Les axes de l'action sur le mode de vie se limitent de plus en plus à une politique de maintien à domicile. L'État semble abandonner sa position de défenseur des droits et accepter de plus en plus des cessations précoces d'activité. « *Les pouvoirs publics en sont réduits à s'épuiser à lutter, en aval, par les politiques du mode de vie, contre une marginalité et une ségrégation que les politiques de chômage ont produite et consolidée en amont* (Guillemard et Viriot-Durandal 2015, p.20) ».

L'essoufflement de la croissance, les différentes crises économiques, la transition démographique et ses conséquences sur les coûts de financement des retraites amènent à repenser les dispositifs. Les politiques spécifiques aux personnes âgées s'inscrivent dans cette trajectoire générale des politiques sociales. On assiste à la structuration de deux secteurs : un volet assurantiel, représenté par l'assurance vieillesse et un volet « assistanciel » avec le développement de nouvelles « politiques vieillesse » (Grand 2016).

Cela va conduire à une modification du sens des politiques de la vieillesse. Comme le montrent les travaux d'Anne-Marie Guillemard (1986, 2005), le droit à la retraite se mue progressivement en un droit au repos, à des loisirs forcés, à une obligation de retrait dans une logique de partage du travail en fonction de l'âge. Après la mise en avant d'un mode de vie particulier pour le 3e âge dans la décennie précédente, la personne âgée est de nouveau définie par ce qu'elle n'est pas : c'est-à-dire un in-actif. Dans ces considérations « comptables », la vieillesse est considérée comme une charge et un coût. Les réformes des retraites qui s'en suivent sont guidées par des préoccupations de contingence.

2.2.1. Décentralisation

Le contexte de crise économique modifie les acteurs impliqués. Cela se traduit par le double mouvement de stratification territoriale et sectorisation du domaine d'intervention. Le début des années 80 s'accompagne des premières lois de décentralisation (Lois Defferre 1982-1983) qui vont diffuser les compétences sociales à l'échelle locale dans le but d'établir des modes de régulation transversaux et locaux (Blanchet 2011). D'après Dominique Argoud (1998), le contexte de rigueur économique empêcha la remise à plat de l'architecture de l'action entre sanitaire et social, au profit d'une double logique sectorielle et gestionnaire :

« *Dans ce contexte, la stratégie de l'État a consisté à se désengager de secteurs où sa tâche était rendue difficile par la raréfaction des ressources disponibles face à une augmentation des besoins. La logique qui a prévalu lors du partage de compétences montre qu'en fait de tels enjeux ont évincé toute réflexion sur les politiques sociales locales* » (Argoud, 1998 p.59).

La loi du 22 juillet 1983⁵⁸ fixe les règles gérontologiques et opère une distinction entre l'État et les collectivités locales. Les communes conservent leurs compétences en matière d'action sociale et les conseils généraux prennent en charge la gestion des prestations d'aide sociale, le fonctionnement de la plupart des services et des établissements sociaux et médicosociaux. De son côté, l'État maintient sa position de contrôle et la gestion des prestations relevant de la solidarité nationale. L'action gérontologique ressort divisée de cette décentralisation : l'action sociale tombe sous la responsabilité des conseils généraux, les questions médicales et hospitalières restent sous gestion de l'État (via des relais régionaux que furent les DRASS, les ARH et que sont aujourd'hui les ARS).

Les politiques de la vieillesse promeuvent alors une gestion de proximité, présentée comme plus à même de gérer la complexité des problématiques. Dans cette dynamique, les collectivités locales prennent un rôle nouveau. Elles ne se contentent plus de mettre en place des orientations nationales, elles ont désormais l'occasion de développer une politique qui leur est propre en se basant sur la réalité de leurs territoires.

L'action sociale de la vieillesse, menée par le département et les communes, devient plus politique et plus locale (Argoud 2016a), ce qui va entraîner de grandes disparités entre les départements. Il apparaît une géographie des inégalités de la prise en charge du vieillissement (Dumont 2009). La gestion par les conseils départementaux des aides et des actions sociales se décline en deux volets. Le premier, obligatoire, consiste en la mise en place des législations nationales et est en partie financé par l'État (dotations régulièrement revues à la baisse). Le second volet est un volet facultatif, dépend de la politique du département et son financement va dépendre de l'économie du département (Grand 2016).

«La logique de la décentralisation, qui a attribué certaines compétences, mais aussi les obligations financières qui leur sont liées, signifie des engagements forts variés selon les territoires en fonction de leurs propres caractéristiques géodémographiques» (Dumont 2009, p.35).

Dans cette thèse, qui propose un regard à l'échelle de la région des Pays de la Loire, la différence des caractéristiques géo-démographiques de chaque département et de l'engagement de chaque conseil départemental dans la question du vieillissement a également une importance. En effet les différents contextes départementaux ne conduisent pas à la même visibilité de l'action des Centres Sociaux (cela s'illustre particulièrement avec les Conférences des financeurs, voir partie III chapitre 8 – 2.2).

⁵⁸ Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État *loi Defferre*

2.2.2. Ages et âgisme

Deux formes d'âgisme qui se développent. Le premier est l'âgisme conflictuel qui s'exprime dans le rapport entre générations. C'est ce qu'évoque Louis Chauvel quand il parle de « *guerre des générations* » (Chauvel 2014), la guerre des âges entre actifs et retraités, les premiers accusant les seconds de tous les maux. Ce conflit serait dû aux difficultés de plus en plus grandes des jeunes générations (chômage de masse, crise économique, etc.). Ce sont les effets combinés de la transition démographique, l'allongement de l'espérance de vie et la crise économique. En 1980, le rapport « *Vieillir demain* » constate le rejet des retraités, la perte de transmission culturelle des personnes âgées considérées comme une charge pour la société et il critique la notion du *troisième âge*, qui masque les inégalités internes à la classe d'âge.

Ce rapport est à l'origine d'un groupe de travail qui propose, pour le VIII^e plan (1981-1985), un programme pour « *consolider, améliorer et développer le réseau de services et d'équipements destinés aux personnes âgées ayant besoin d'un soutien particulier* ». La visée généralisante, concernant la totalité de la population âgée, des approches antérieures évolue vers une considération plus spécifique d'une partie de cette population : « *ceux ayant des besoins particuliers* ».

La notion de personne âgée dépendante est introduite dans les politiques publiques et celles-ci s'orientent vers une forme de « *gentillothérapie* ». Définie par Louis Ploton, elle correspond à une autre forme d'âgisme, un âgisme compatissant : « *Le vieux devient objet de soin et d'assistance. Le vieux qui a des désirs, le vieux qui veut rendre service, le vieux qui peut agir sur sa vie disparaît ; il n'existe, plus* » (Guérette et al. 2006).

En 1983, le secrétariat d'État chargé des personnes âgées met en place une commission de terminologie, qui aboutit au « *dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement* ». Il distingue les « *jeunes vieux* » de 60 à 75 ans voire 80 ans et les « *vieux-vieux* » de 80 ans et plus. Cette définition de deux temps de la vieillesse, le 3^e et le 4^e âge, permet de nuancer l'homogénéisation des personnes âgées d'une part et la reconnaissance des besoins spécifiques à chaque âge d'autre part. Cependant, l'évolution des politiques de la vieillesse dans les années 80 et 90 conduit à exclure les « *jeunes-vieux* » du scope de l'intervention publique, ce qui va reconstruire une image homogène de la vieillesse tendant cette fois vers la « *gentillothérapie* ». « *Les personnes âgées y sont de plus en plus considérées sous l'angle des "incapacités" et de la "dépendance" (terme remplacé depuis par la "perte d'autonomie")* » (Grand 2016).

Ce tournant éloigne les réflexions politiques de la dimension de temps libre, des loisirs et de ce que l'occupation de ces loisirs peut générer en termes de rupture de l'isolement. Les politiques des modes de vie s'appuyaient sur le développement de l'offre de loisirs pour lutter contre la marginalisation des retraités et s'appuyant sur les pratiques de jeunes retraités actifs (en termes de loisirs et non d'activité

salarié) impliqués dans le tissu associatif local. En se centrant sur le 4^e âge et la question de la dépendance, les politiques de la vieillesse délaissent cette entrée.

2.2.3. Professionnalisation et concurrence

Les considérations sur la dépendance, ainsi que les différentes contraintes économiques, affirment le tournant des politiques de la vieillesse qui vont se concentrer sur les services de soins au domicile. Ce secteur va d'ailleurs se diversifier, s'enrichir et se libéraliser, afin de tirer profit du « gisement d'emplois » que représente le soutien aux personnes âgées dépendantes (Grand 2016). Ce resserrement d'objectif sur les questions de dépendance conduit à s'orienter principalement vers des acteurs médicaux ou médicosociaux, ayant les savoir-faire spécifiques nécessaires.

Pour les acteurs locaux, mis en avant dans la période précédente, les dynamiques changent. Les circuits décisionnels évoluent et avec eux le jeu et les relations entre les acteurs. L'implication des acteurs de la période précédente devient dépendante des orientations politiques des collectivités et des enjeux électoraux. Par exemple, l'établissement du département comme chef de file de l'action sociale vient remettre en cause le rôle de centralisation de diffusion des précédentes structures locales (Argoud 2016a).

Le financement de l'action passe d'une logique de subvention à une logique de contractualisation. Comme le montre Pascal Perrot (2008), « *Légitimée originellement par les "spécificités associatives", la part de soutien public diminue au profit d'une véritable logique de "commande publique" qui tend à indifférencier les acteurs privés, lucratifs et non lucratifs* » (p.28). Les acteurs, afin d'être associés aux nouvelles politiques de la vieillesse, se retrouvent face à un impératif de lisibilité et de reconnaissance par les collectivités publiques. Ce contexte concurrentiel est renforcé par l'intégration des établissements et des services pour personnes âgées, notamment en ce qui concerne les soins et la gestion de la dépendance.

Ainsi, de nombreuses initiatives associatives et relativement autonomes (e.g. ADMR⁵⁹, Lieu d'accueil géré par des bénévoles, etc.) doivent se conformer à ces nouveaux cahiers des charges et elles se professionnalisent en même temps qu'elles perdent en indépendance. Ces initiatives « *se trouvent inscrit [es] dans des espaces restreints de négociations contraintes leur laissant peu de marges de manœuvre* » (Éme 2005, p.47). Cela a pour conséquence de réduire l'indépendance des professionnels et des gestionnaires. Dans ce contexte de concurrence, les acteurs sont moins enclins à continuer dans les dynamiques de coopération amorcée précédemment.

⁵⁹ Aide à domicile en milieu rural, association

Ce changement professionnel et institutionnel contribue à un éloignement des pratiques locales de coopération et de pratiques mixtes entre professionnels, élus et militants. « *La dimension militante perceptible même dans le discours des professionnels s'est progressivement diluée, atténuant la forte recherche de sens qui animait l'esprit des acteurs "pionniers"»* (Argoud 2016a, p.108).

Cette période est également une période de professionnalisation de la pratique des Centres Sociaux (voir partie I chapitre 1 – 1.1) et d'un changement dans leur approche du public retraité. La proposition des Centres Sociaux change avec l'affirmation du référentiel de l'animation socioculturelle. L'offre des Centres Sociaux s'oriente sur les loisirs : promenade, excursions, jeux, repas collectifs... (Galand 2019). Néanmoins, cette professionnalisation se fait dans le champ de l'animation globale et, en s'institutionnalisant et se professionnalisant, l'action gérontologique se détache des équipements « globaux » ou généralistes, de ce que pouvaient être les innovateurs périphériques de la période précédente.

2.3. Dépendance et Prévention

L'émergence des « nouvelles politiques sociales » dans les années 90, liées à l'origine aux politiques d'insertion, conduit à un retour à une logique d'assistance dans un cadre institutionnel rénové. L'action sociale s'oriente massivement sur une gestion au cas par cas, s'éloignant d'une conception assurancielle fondée sur une appréhension standardisée des risques sociaux au profit d'un mode de traitement individualisé des besoins. La compétence passe donc de la Sécurité sociale à une collectivité locale plus « proche », le département, qui semble plus à même de mettre en œuvre ces nouvelles prestations (Argoud 2008).

En 2004⁶⁰, une nouvelle loi de décentralisation précise les compétences de chacun : l'état est en charge de l'action sanitaire et conserve l'aide sociale des personnes sans domicile de secours et l'allocation de retraite. La Commission nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est crée et est responsable du financement de la coordination d'action à destination des personnes âgées et des personnes handicapées. Les départements sont chargés de l'action et des aides sociales. Le président du Conseil Général devient le véritable chef de file de la politique gérontologique.

2.3.1. Sanitaire ou Social

Cette décentralisation progressive des politiques vieillesse met en évidence l'existence d'inégalités territoriales. En 2009, la loi HPST⁶¹ (hôpital patient santé territoire) est promulguée et réorganise le système sanitaire et social afin d'assurer une meilleure équité territoriale. Le maintien à domicile et la prévention s'insèrent dans une organisation régionale et infrarégionale. Cette loi instaure les Agences

⁶⁰ Loi né 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

⁶¹ LOI né 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

régionales de santé (ARS). Elles ont en charge, à l'échelle régionale, la mise en place de la politique de santé, c'est à dire la régulation, l'orientation et l'organisation de l'offre des services de santé afin de répondre aux besoins en matière de soins et des services médicosociaux.

L'action gérontologique est de nouveau segmentée.   chaque problème correspond un secteur d'intervention. La coordination des actions sociale et médicosociale est à la charge des départements, l'action sanitaire relève de l'ARS, l'allocation de retraite relève de l'état (quand il ne s'agit pas du minimum vieillesse), etc. Or cette hypersectorisation aboutit à un découpage toujours plus fin de « *l'espace de résolution des problèmes* » (Blanchet 2011). Les dynamiques des d centralisations successives semblent avoir abouti à une segmentation entre les secteurs sanitaire et social. « *La politique de reconversion des anciens hospices et la décentralisation de l'action sociale confiée aux départements ont renforcé la dichotomie entre le secteur sanitaire et le secteur social, contrairement aux recommandations initiales* » (Henrard et Ankri 2003).

Le département, en tant que chef de file de l'action gérontologique, se retrouve à agir quasiment exclusivement sur des problématiques médicosociales : gestion de la dépendance, coordination gérontologique, gestion des EHPAD⁶², etc. Les dimensions sociales, voire socioculturelles, de la prévention du vieillissement ne s'y retrouvent pas. Les politiques de la vieillesse restent centrées sur les aspects de dépendance. En effet, les aides et les programmes mis en place se concentrent sur les personnes en situation de dépendance. Si la classification en GIR⁶³ (degrés de dépendance) permet de sortir de critères de classification des personnes âgées en se basant sur l'âge, elle amène à considérer les besoins sur des critères uniquement sanitaires.

Les actions à destination des personnes qui ne sont pas en situation de dépendance sont, quant à elles, dominées par des préoccupations de prévention sanitaire. L'attribution aux Conseils généraux-départementaux des compétences gérontologiques et sociales a généré un repli sectoriel des caisses de retraite. Cela s'est traduit par une redéfinition de leurs rôles vers le secteur sanitaire et par une limitation de leurs compétences sociales aux fonctions d'autorisation et de contrôle (Blanc 2006 cité dans Blanchet 2011). Les actions sociales varient suivant les caisses de retraite et les régimes à l'autre. Ceux-ci étant très nombreux, il y a une grande variété des niveaux d'aide, de prise en charge, des services, etc.

L'individualisation et la proximité des différentes approches du vieillissement réussi/actif sont prises en compte dans le design des politiques publiques, mais elles restent centrées sur les aspects de dépendance. On néglige la participation sociale et la participation politique qui pourtant concourent au

⁶² établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁶³ Groupe iso-ressource

bien-être et à la qualité de vie, donc au vieillissement réussi/actif. Les dimensions de temps libre et de loisirs sont sorties des considérations des politiques publiques et avec elles, les acteurs du social (au sens d'activités et de participation sociale) et donc les Centres Sociaux.

« Autrement dit, la reconfiguration du paysage institutionnel dans le champ médicosocial a surtout renforcé les mécanismes de gestion bureaucratiques et verticaux, réduisant d'autant la capacité des acteurs du champ social à jouer un rôle d'innovateurs périphériques surtout dans un contexte où les marges financières sont limitées » (Argoud 2016a)

2.3.2. Coordination

Les années 1990 marquent l'émergence des réflexions autour de la coordination gérontologique suite au constat de la séparation de plus en plus grande entre les aides informelles et les aides professionnelles, le cloisonnement des institutions d'hébergement, le sanitaire et le social. Cela va commencer par la mise en place de réseaux de soins, puis de réseaux de santé spécialisés sur des questions relatives aux personnes âgées (notamment en soins palliatifs) (Grand 2016).

La question de la coordination apparaît avec l'individualisation de l'aide sociale et des réflexions autour de la place de l'utilisateur (avec notamment la loi de rénovation de l'action sociale [dite 2002-2]). L'État passe d'une action collective à une politique d'aide individualisée qu'illustre par exemple, la création de la Prestation spécifique Dépendance (1997) remplacée par l'Allocation personnelle Autonomie (APA-2001⁶⁴). *« Le législateur a voulu solvabiliser des bénéficiaires qui vont recourir à des services présents sur le marché pour répondre à leurs besoins » (Blanchard 2004 p.170).*

Les politiques de la vieillesse, sur les volets sociaux et médicosociaux, ont été traversées au cours des 30 dernières années par un mouvement de distanciation de l'État, de montée en importance des échelons locaux et la structuration d'un marché par la professionnalisation des structures d'aide et de maintien à domicile.

Les enjeux associés à la coordination sont multiples. Un des objectifs de la coordination de professionnels est de remettre *« l'utilisateur au centre du dispositif »*. Il ne s'agit pas de venir combler des manques dans les politiques publiques ou de dépasser la sectorisation, mais d'assurer une offre lisible et cohérente au *« citoyen-client avec ses besoins, son projet »* (Blanchard 2004), de *« répondre aux attentes de la personne et la continuité de sa prise en charge »* (Cour des comptes 2005). De plus, au sein d'une action gérontologique fragmentée et segmentée, l'enjeu de rationalisation est important. La coopération apparaît comme un outil de gestion de cette diversité des acteurs et de lutte contre la segmentation des domaines d'intervention : *« À l'heure où les coûts sont si contraignants qu'ils régulent au premier chef les*

⁶⁴ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

dispositifs, la coordination se pose comme l'élément déterminant pour mieux associer les objectifs économiques et humains » (Amyot 2010 p.27). Le manque de lien entre les différents domaines d'intervention, la difficulté de l'articulation du parcours de soin, le manque de prévention, etc. sont des éléments régulièrement cités comme concourants à l'importance des dépenses de santé pour les personnes de plus de 60 ans. Une meilleure coordination est alors présentée comme le moyen de réduire ces dépenses en combinant les deux enjeux précédant : un centrage sur la personne et une rationalisation de l'action.

Ainsi, plusieurs initiatives ont successivement été mise en place, *« qui conduisent à des créations qui ne fusionnent pas, ne font pas disparaître ce qui leur a précédé »* (Amyot 2010, p.27). On arrive ainsi à la superposition de différents dispositifs, sur différents périmètres sans que ceux-ci ne soient articulés ou concertés.

« Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont apparus dans les années 2000, sous la forme d'une expérimentation qui n'a pas débouché sur une organisation règlementaire : beaucoup ont disparu lorsque les financements se sont taris, alors que d'autres ont survécu, grâce au relai pris par les collectivités territoriales. Le Plan présidentiel de lutte contre la maladie d'Alzheimer (2007-2012) prônait la mise en place de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), d'abord dévolues à la maladie d'Alzheimer, puis conçues comme des dispositifs de coordination gérontologique plus large. Les MAIA⁶⁵, faute de financement, ne concernent que des territoires limités. Au total, la superposition des dispositifs a abouti à une situation très hétérogène selon les territoires, certains bénéficiant de plusieurs structures de coordination (réseaux, CLIC, MAIA...), d'autres en étant totalement dépourvus. »
(Grand 2016 p.21)

C'est donc dans ce contexte-là que le bien-vieillir fait son apparition dans les politiques de la vieillesse. Au-delà d'un effet de mode, les approches bien-vieillir poussent à changer de prisme. Elles prônent un nouveau projet de société où l'équité, la solidarité entre générations seraient hissées en tant que valeurs (Hallier-Nader 2011).

Les politiques du vieillissement au début des années 2000 distinguent 2 publics : les personnes dépendantes et les personnes non dépendantes. Les dispositifs mis en place à destination de la gestion de la dépendance deviennent de plus en plus segmentés et orientés par un référentiel biomédical et le public non dépendant devient la cible des actions de prévention. On dissocie le champ de la dépendance et le champ de la prévention (Alvarez 2014). Les programmes et des plans gérontologiques autour du bien-vieillir émergent et s'orientent sur cette dimension préventive (Martineau et Plard 2018).

⁶⁵ Bien que le nom soit resté le même, les MAIA signifie aujourd'hui : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

3. Les enjeux de la mise en place d'une politique du bien-vieillir

Introduction

À partir du milieu des années 2000, le bien-vieillir fleurit à tous les échelons, de l'Union européenne qui publie en 2009 « *comment pouvoir le Bien-vieillir en Europe* » (Plateforme européenne des personnes âgées 2009) au département, comme le montre le schéma gérontologique de Haute-Savoie intitulé : « *bien-vieillir en Haute-Savoie* ». Le bien-vieillir arrive comme un mot-valise, pouvant regrouper toutes sortes de considérations. Le terme est même institutionnalisé à partir de 2007, via le « Plan national Bien-vieillir ». Il sera également présent dans les rapports du gouvernement suite au grand débat national sur la dépendance de 2011 (de Ladoucette 2011). Différents acteurs gérontologiques vont s'emparer de la notion et en faire la promotion : les caisses de retraite et Santé Publique France lancent le site « pour Bien-vieillir » ; la MSA propose des « ateliers du bien-vieillir », etc. « *Les discours, les recommandations politiques et les programmes gérontologiques vont donc peu à peu conforter et asseoir la stratégie préventive du "Bien-vieillir" en France.* » (Martineau et Plard 2018 p.5)

La mise en place de cette vision stratégique du bien-vieillir présente certains enjeux. Le cadre institutionnel rénové laisse place à une grande variété d'initiatives, dépendant des acteurs et des moyens en présence, sans que celles-ci ne viennent s'inscrire dans un cadre global (Argoud 2016a). Cela va se traduire par deux aspects dans la mise en place d'une politique du Bien-vieillir : la coordination d'une multiplicité des acteurs et les enjeux pour le milieu associatif (**I.2.3.1**). Ce nouveau cadre d'action opère principalement sur le principe de l'appel à projets et l'évaluation de l'action, ce qui nécessite d'avoir une réflexion particulière sur les enjeux inhérents à la qualification du bien-vieillir (**I.2.3.2**). Enfin la mise en place d'une politique du Bien-vieillir assoit l'échelle locale comme échelle de réflexion et d'action privilégiée (**I.2.3.3**).

3.1. Construire une politique du bien-vieillir

Comme c'est le cas pour sa notion parente, le *Successful Aging*, la littérature a souligné la proximité du bien-vieillir avec les principes néolibéraux. Pour bien-vieillir, il faudrait adopter des « *comportements vertueux* ». Il s'agit donc d'une responsabilité individuelle et, comme le soulignait Townsed (1986) dans sa critique de la théorie de l'activité, cela ne peut donc pas se poser en terme politique (voir I.2.1.1.1).

La mise en avant du bien-vieillir dans les politiques publiques relèverait alors d'une justification de la réduction des ressources et des interventions publiques sur la question des personnes âgées : « *le bien-vieillir permet à la fois d'être plus heureux et de faire baisser le coût de la dépendance pour la société* » (Trillard 2012). Sans remettre en cause l'inscription du bien-vieillir dans ces logiques néolibérales, il sous-tend également une dimension humaniste qui, elle, traduit une visée politique collective. La

question relevant des politiques publiques s'oriente sur une réflexion d'accès et de proposition pour « [l']organis [ation] de ce bien-vieillir pour qu'il concerne tout le monde. » (op.cit. §6).

3.1.1. Coordination des politiques du bien-vieillir : la Conférence des financeurs

Dans cette optique est promulguée, en 2015, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) qui « se fixe pour objectif de combattre ces représentations péjoratives de la vieillesse et de favoriser une nouvelle perception des personnes âgées, par la réactualisation et la réaffirmation des outils et des démarches de citoyenneté » (Blanchet 2018, § 6). Le vote de ce texte vient conclure une dynamique engagée en 2010 avec l'évaluation du « plan national Bien-vieillir ». Les conclusions de cette évaluation mettent en évidence la pertinence de la thématique du Bien-vieillir/vieillissement réussi, mais soulignent aussi un déficit en matière de gouvernance, de structuration et de moyens d'intervention.

La Loi ASV illustre une volonté d'élargir le périmètre de politique gérontologique et l'État, à défaut d'avoir le moyen d'assumer cette ouverture par lui-même, se retourne vers d'autres acteurs. Suite aux conclusions de la mission interministérielle sur « l'adaptation de la société au vieillissement » (2012), la loi met en exergue le besoin d'une mobilisation de tous les acteurs qu'il s'agisse du secteur associatif, des collectivités locales ou des entreprises. Les conclusions du rapport remettent les considérations sur les loisirs et le temps libre au goût du jour.

La loi ASV veut développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local avec l'instauration d'une Conférence départementale des financeurs (CDF), pour une meilleure lisibilité de l'existant et l'identification des besoins. La CDF rédige un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention pour une durée de 5 ans. Les dépenses inscrites dans le programme, financées par le département et la CNSA, doivent bénéficier au moins pour 40 % du montant à des personnes âgées ne remplissant pas les conditions de perte d'autonomie. Le financement des actions individuelles fait l'objet d'un appel à projets annuel, rédigé sur la base d'un diagnostic des besoins et enjeux du territoire en matière d'accompagnement du vieillissement.

Ces acteurs « extralégaux » (au sens qu'ils ne sont pas issus de la mise en place d'une loi, comme ce que peut-être la CNSA), sont extrêmement nombreux. Si les « innovateurs périphériques » au temps du rapport Laroque se concentraient autour des clubs et des services municipaux du 3^e âge, les acteurs impliqués dans le vieillissement se sont depuis multipliés et diversifiés. En parallèle à la professionnalisation des acteurs, un marché autour des services proposé à la population âgée s'est développé, notamment à la suite à la loi Borloo⁶⁶ (2005). En mettant en place un « chèque emploi service universel » déductible d'impôt, cette loi consacre la création d'un marché des services à la personne

⁶⁶ LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale 2005

(Puissant 2012). La Silver  conomie fait son entrée comme un champ particulier des activités autour de la vieillesse. La Silver  conomie « *porte sur plusieurs marchés et concerne tous les biens et services qui peuvent être conçus dans les différents secteurs d'activité pour couvrir les besoins liés à l'avancée en âge de l'ensemble de la population française* » (Rengot 2015, p.44).

  cela, il faut ajouter tous les acteurs intervenants dans la proposition de loisirs et d'activités, ainsi que de services non marchands, comme le transport solidaire ou les visites à domicile. Bon nombre d'associations caritatives ou d'ONG agissaient déjà sur ces sujets, la nouveauté est que, dorénavant, leurs actions sont reconnues et peuvent être intégrées dans les cadres des politiques publiques. On peut citer par exemple les Petits Frères des Pauvres, dont l'action à l'égard des personnes âgées et de la lutte contre l'isolement est continue depuis 1946.   côté de ses acteurs caritatifs, on retrouve des acteurs moins attendus, issus du secteur socioculturel. C'est le cas des Centres Sociaux.

« Si une partie des acteurs sociaux historiques sont encore présents (comme les services municipaux du troisième âge), il en existe de nombreux autres : des sociétés commerciales, des bailleurs sociaux, des fondations d'entreprise, des Centres Sociaux, des agences d'urbanisme, des structures intercommunales, etc. » (Argoud 2016a, p.114)

Comme le montrent les analyses de Dominique Argoud (2016 b) et Catherine Gucher et al. (2015), on peut identifier 3 logiques d'actions qui structurent le nouveau paysage de l'action sociale en termes de vieillissement :

- La territorialisation : au le sens donné par ces auteurs, la territorialisation exprime une volonté de construire une intervention à partir d'un territoire et non d'un champ d'intervention. Cela traduit une volonté de d sp cialisation des approches. C'est illustré dans démarche « ville amies des aînés ». Cette d sp cialisation se traduit par la mise en avant d'action intergénérationnelle.
- La seniorisation reprend la mise en avant du bien-vieillir comme gérontologisme. Il s'agit de prôner une vision positive du vieillissement et de prendre de la distance avec une visée incapacitaire et stigmatisante. Elle est illustrée par des modes d'intervention centrés sur les « jeunes vieux », les 50-75ans au risque d'occulter la personne âgée dépendante, limitant l'action sociale avant l'entrée dans le grand âge.
- La marchandisation illustre la prise en compte des personnes âgées comme un marché économique potentiel, suite à des années de considération de la vieillesse indigente prise en charge par des organismes à but non lucratif. On assiste ainsi au développement d'une Silver  conomie, vecteur potentiel de croissance économique. Cela se traduit par une logique de plus en plus concurrentielle du développement de service ou d'action pour les personnes âgées, ce que Michel Chauvière (2009) nomme « chalandisation du social ».

3.1.2. Enjeux pour le secteur associatif

Le poids du milieu association dans l'action gérontologique est non négligeable. Les associations ont fait partie du *welfare mix* dès les années 1960 et, progressivement, le partenariat avec les pouvoirs publics et la Sécurité Sociale s'est développé jusqu'à faire du secteur associatif et plus largement celui de l'ESS, un acteur majeur de l'action sociale.

La loi sur l'économie sociale et solidaire (ESS)⁶⁷ insiste sur la dimension d'innovation sociale. Dans un contexte de fonctionnement où l'appel à projets est devenu le mode principal d'éligibilité à un financement public, les associations doivent de plus en plus prouver la dimension innovante de leurs actions. En plus de mettre en concurrence différentes associations, les appels à projets participent à la mise en concurrence d'associations avec des entreprises « classiques », lucratives, ce qui comporte un risque d'« isomorphisme institutionnel » (Enjolras 1996). En mettant en concurrence des entreprises et des associations, le risque serait de conduire ces dernières à adopter les fonctionnements et les logiques des premières. On perdrait ainsi la spécificité de l'action associative, sa plus-value, notamment en ce qui tient de sa capacité reconnue à être un moteur d'innovation sociale.

Édith Archambault et Jean-Michel Bloch-Lainé (2016) soulignent la résistance des associations à l'assimilation des modèles de l'entreprise, posture que l'on retrouve dans les Centres Sociaux. Face à cela, les auteurs soulignent la dynamique émergente, dans le secteur associatif, du développement d'une mesure d'impact social de leurs actions (démarche dans laquelle s'inscrit le projet I-CARE). Cette recherche d'un indicateur ou d'une mesure de l'utilité sociale doit, entre autres, servir à confirmer le caractère d'innovation sociale (Archambault, Accardo et Laouisset 2010). À l'opposé de l'« *isomorphisme institutionnel* », les auteurs préfigurent une dichotomie entre différents acteurs et différents modèles de financement :

« Or l'innovation sociale trouve plus souvent place dans des petites unités, ancrées sur leur territoire et attentives aux besoins spécifiques de ce territoire, que dans les grandes structures qui remplissent par délégation une mission de service public. Va-t-on vers une dichotomie entre petites associations ou entreprises sociales découvrant de nouveaux besoins et offrant des solutions innovantes et des associations chargées d'une mission de service public, acceptant leur rôle de prestataires de services et rompu à la commande publique ? » (Archambault et Bloch-Lainé 2016 p.8)

Pour ce qui est de l'action gérontologique, cette question interroge les orientations prises par les politiques de la vieillesse et les lieux possibles des développements d'innovation sociale face au défi du vieillissement démographique. Où placer une démarche comme celle des Conférences des financeurs,

⁶⁷ LOI n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire

ouvrant le financement à des initiatives extrêmement locales ? Une association faisant de l'innovation sociale ne peut-elle le faire qu'en dehors de ces modes de financement d'appel à projets ? Peut-on être prestataire de service et innovant ?

Ces questions résonnent d'autant plus dans les Centres Sociaux quand on les rapproche des tensions endogènes/exogènes présentées dans le chapitre 1. Les Centres Sociaux, dans leur démarche de diagnostic et de projet social, doivent mettre à jour les besoins de leur population et proposer des réponses à ceux-ci. Dans le même temps, ils sont des prestataires de services et leur financement dépend de cette capacité à s'intégrer à une commande publique. Quels sont les effets de l'isomorphisme institutionnel dans les Centres Sociaux et leur proposition d'action vieillissement ? Les Centres Sociaux ont eu des activités destinées à un public retraité bien avant de mettre en avant une démarche de bien-vieillir et la mise en concurrence avec un certain nombre d'autres acteurs peut entraîner des changements dans la présentation des actions, des partenariats ou les activités en elles-mêmes (voir partie II chapitre 5 – 1.2). Est ce qu'il y a là des réactions vis-à-vis de ce risque d'isomorphisme institutionnel ?

3.2. Qualifier le bien-vieillir

La question de l'isomorphisme institutionnel et des appels à projets vient poser une autre question centrale à notre réflexion : celle de l'évaluation. Avant de se pencher sur les outils d'évaluation du bien-vieillir (voir partie I chapitre 3 – 3), il faut le qualifier. Le bien-vieillir en lui-même n'est que rarement défini et il est quasiment impossible d'en trouver une définition reconnue par tous. Dans ce renouveau de l'action sociale vieillissement, le fait d'être un acteur gérontologique conduit à se questionner sur le fait de pouvoir monter la pertinence et l'efficacité de son action sur le bien-vieillir des individus.

Il est nécessaire de comprendre ce qu'est le bien-vieillir, ainsi que les enjeux associés à sa promotion et sa qualification. Or, en l'absence d'une définition stable, la notion de bien-vieillir reste largement ouverte à interprétation. Les acteurs et orientations structurantes de l'action bien-vieillir se retrouvent à la croisée de différents secteurs d'interventions et pratiques professionnelles. Il est donc probable que chacun des acteurs ait une vision différente de ce qui constitue le bien-vieillir.

Une rapide illustration de cela peut se faire en comparant le contenu des « ateliers du bien-vieillir » proposés par les caisses de retraite et Santé publique France (après avoir été mis en place par la MSA – voir encadré 3), dans une approche orientée sur la prévention santé, aux premières phrases de la page « *Bien-vieillir en Anjou* » du site du département Maine-et-Loire : « *En Anjou, nous pensons que vieillir est une chance. C'est une occasion dans la vie de prendre du temps pour soi et pour ses proches et une source de joie au quotidien* » (« *Bien-vieillir en Anjou - Maine-et-Loire [49]* » s. d.), orienté sur une notion de bonheur et d'activités.

Encadré 3 : Exemples de proposition pour bien-vieillir

Les ateliers du Bien-vieillir sont un programme d'éducation à la santé ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes et la préservation de leur santé. Ils prennent la forme d'un cycle de 7 séances de 3 heures, chaque séance ayant un thème particulier.

- Atelier 1 : « bien dans son corps, bien dans sa tête »
- Atelier 2 : « Pas de retraite pour la fourchette »
- Atelier 3 : « les 5 sens en éveil, gardez l'équilibre »
- Atelier 4 : « Faites de vieux os »
- Atelier 5 : « Dormir quand on n'a plus 20 ans »
- Atelier 6 : « Le médicament, un produit pas comme les autres »
- Atelier 7 : « De bonnes dents pour très longtemps »

Reponses-bien-vieillir.fr est un site ayant pour ambition de recenser l'ensemble des questions « *qui préoccupent ceux qui franchissent le cap des 50 ans, d'un point de vue social, médical, financier, juridique autant que psychologique. Nous vous proposons des trames de réflexion, avec des pistes et des astuces pour optimiser la vie, en bannissant toute injonction hygiéniste péremptoire (« il faut », y'a qu'à » ...).* »

Les thématiques abordées sont regroupées en quatre sujets principaux :

- Argent – afin de limiter la baisse de niveau de vie
- Famille- mettre en avant le rôle de transmission des seniors dans le cadre familial
- Retraite – préparation du passage à la retraite
- Santé – maintien de la bonne santé et prévention de la perte d'autonomie

Sources : Pourbienvieillir.fr; « Le Guide du Bien-vieillir - Réponses-bien-Vieillir.fr »

Il ne manque pas de sources proposant des critères, définitions ou approches du bien-vieillir. Sa promotion s'accompagne d'une liste de recommandations : préparer le passage et à la retraite, surveiller son alimentation, faire du sport, participer à des ateliers mémoire, etc. Il existe de nombreuses grilles d'évaluation permettant de qualifier l'autonomie des personnes, notamment la grille AGGIR (Autonomie gérontologique – groupe iso-ressources, approche à dominante biomédicale). Celle-ci a pour but de mesurer l'autonomie de la personne à travers l'observation de dix-sept variables dont dix sont dites discriminantes et se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique. Elle est utilisée pour le calcul des groupes iso-ressources qui conditionnent l'attribution d'aide, d'abord la Prestation spécifique Dépendance, puis l'Allocation personnelle autonomie (APA)   partir de 2001. Depuis la création de la grille, les critiques ont été nombreuses. Jean-Claude Henrard et Joël Ankri (1999) regrettent que la grille ne prenne pas en considération la santé mentale. La CNAV quant à elle, regrette l'absence de déterminants sociaux et notamment les liens sociaux des personnes âgées.

De fait, il est extrêmement complexe de proposer un cadre de qualification de bien-vieillir qui soit objectif et complet. Selon Marcellin Gangbè et Francine Ducharme (2006), cela s'explique par 3 grandes oppositions :

- Une opposition culturelle reposant sur la structure de la société et la place des personnes âgées dans celle-ci
- Une opposition de perspective, entre point de vue de chercheur, d'acteur ou d'individu
- Une opposition de contenu qui met en tension les approches médicales et sociales

3.2.1. Image de la personne âgée & citoyenneté

L'opposition culturelle à la définition du bien-vieillir s'explique par le lien étroit entre l'idée d'un bien-vieillir et l'image que l'on a des personnes âgées en tant que membre à part entière de la société. Dans des sociétés relationnelles, orientales ou sudiste, la personne âgée fait partie du groupe. Son bien-vieillir tient alors au maintien des rôles sociaux liés à l'âge, qu'ils soient religieux, traditionnels ou familiaux (Gangbè et Ducharme 2006). Par exemple, en Inde, l'avancée en âge peut être associée à des rôles religieux (Holmes et Holmes 1995). Dans une considération occidentale, marquée par une certaine idée de l'individualisme, l'indépendance de l'individu sera prônée jusqu'à la vieillesse. Ici, bien-vieillir exigera le maintien de son autonomie fonctionnelle et cognitive (Gangbè et Ducharme 2006).

Au-delà d'une distinction entre Orient et Occident, la vision de la personne âgée est aussi une question de citoyenneté. La place de la personne âgée dans la société est une question de statut. L'entrée des aînés dans des considérations de politiques publiques amène à réfléchir sur leur statut en tant que citoyen. Se faisant, l'âge s'institutionnalise comme critère de définition d'accès à certains droits. Thomas Marshall définit la citoyenneté comme « *le statut accordé à ceux qui sont reconnus comme membres de plein droit de la communauté. Tous ceux qui ont le statut de citoyen sont égaux en matière de droits et de devoirs dont ce statut les dote* » (Marshall 1964, p.124). La pleine citoyenneté est donc l'addition de droits politiques, civiques et sociaux. Or l'âge, comme critère d'obtention d'un droit social, comme la retraite, est établi par les politiques comme un périmètre d'obtention de ces droits (A. Guillemard et Viriot-Durandal 2015).

Les différentes politiques publiques et paradigmes présentés dans ce chapitre donnent chacun lieu à des « citoyennet s » différentes. Dans théorie du désengagement, la personne âgée n'est quasiment pas considérée comme un citoyen. Les politiques du vieillissement, elles, ont eu tendance à forger une citoyenneté passive des aînées, recevant des aides, mais ne contribuant pas à la vie publique.   l'inverse, dans le vieillissement actif, le droit à la protection sociale et à la formation doit être équilibré par une obligation pour l'individu d'utiliser les ressources et opportunités mises à sa disposition par la société pour demeurer actif et autonome (A.-M. Guillemard 2013).

3.2.2. Description, narration ou proposition

3.2.2.a. Une question de perspective

La seconde opposition est celle de la perspective adoptée. Il y a autant de définitions que d'acteurs du bien-vieillir et chacun propose une perspective différente. Une perspective de chercheur, notamment en gériatrie, consistera à voir le bien-vieillir comme une liste de critères auxquels l'individu répond ou pas.   partir de ces grilles, on pourra distinguer différents types de vieillissement. C'est ainsi que John Rowe et Robert Khan (1997) distinguent les vieillissements pathologiques, usuel (« *usual* ») et réussi. Les critères sont alors biologiques, cognitifs ou psychosociaux (Gangbè et Ducharme 2006).

Une perspective différente peut être adoptée : celles des personnes âgées. Celle-ci repose sur la perception que les individus ont de leur propre vie et de leur vieillissement. Ce genre de perspective considère le bien-vieillir au travers du récit vie et de la construction de sens (« *meaning-making* ») (Chapman 2005). C'est ce genre de perspective que l'on retrouve dans des approches comme celle de Paul Baltes et Margaret Baltes (1990). Cette conception du récit de vie comme une succession de renégociations au cours de laquelle les objectifs de l'individu ne cessent d'évoluer trouve sa traduction dans la stratégie de sélection/optimisation/compensation.

Une autre perspective est celle des acteurs du champ du vieillissement. Ces perspectives sont plus opérationnelles. Ce sont elles qui ont contribué à la diffusion massive du terme. Le bien-vieillir est alors présenté comme une stratégie ou un ensemble d'étapes, de choses à faire pour l'atteindre. Le Plan national bien-vieillir, par exemple, ne le définit que par les objectifs du plan :

« Les objectifs généraux du plan "Bien-vieillir" cherchent à promouvoir des comportements favorables à la santé grâce au maintien d'activités physiques sportives et à une alimentation adaptée. Il s'agit aussi d'améliorer les stratégies préventives (pour éviter l'hypertension artérielle, les troubles sensoriels, ceux de la marche et de l'équilibre), de susciter la participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en veillant à consolider les liens entre les générations. Enfin, l'accent a été mis sur les concepts de projet de vie et d'adaptation aux changements. »
(Aquino 2007)

3.2.2.b. Des effets négatifs à la promotion d'une image positive du vieillissement ?

La reprise du terme par les décideurs peut être perçue comme une forme d'injonction, le définissant comme un message politique voire une obligation (Billé et Martz 2010). On peut comprendre le bien-vieillir comme une forme de « gérontologisme » du vieillissement réussi. Phénomène décrit par Höpflinger (1995), le « gérontologisme » est un miroir de l'âgisme. Il s'agit de mettre en avant l'image d'une vieillesse positive stéréotypée. La promotion et la diffusion de cette image découlent de l'application sélective, dans d'autres cadres de diffusion (politique publique, intervention sociale...), des théories gérontologiques, ici le vieillissement réussi (Hummel 2002). La littérature scientifique insiste sur la multi dimensionnalité du vieillissement, la diversité des formes qu'il peut prendre et la variété d'indicateurs existants pour le caractériser. À l'inverse, l'omniprésence du bien-vieillir dans le débat public semble avoir fait l'impasse sur certaines de ces dimensions pour se concentrer sur la promotion de l'image positive de la vieillesse. Cela fait écho à un âgisme marchand, issu du marketing, qui consiste à présenter une image de la personne âgée qui ne vieillit pas, ignorant le grand âge, la maladie ou encore la fin de vie (Nader 2013).

De « pourbienvieillir.com » aux « 10 conseils pour bien-vieillir » d'e-sante.fr, en passant par les « conseils pour bien-vieillir » de l'assurance retraite, le bien-vieillir est omniprésent et s'accompagne d'une litanie de recommandations. Le caractère d'injonction de ces recommandations a conduit certains chercheurs à

parler de « Tyrannie du bien-vieillir » (Billé et Martz 2010). L'omniprésence du bien-vieillir, ainsi que sa promotion par les sphères politiques et institutionnelles « *renforce la logique normative et l'injonction au bien-vieillir* » (Puijalon et Trincaz 2014) et peut prendre des aspects paradoxaux (e.g. : campagne de publicité du conseil général Maine-et-Loire : *Il n'y a pas d'âge pour rester jeune* [2018]).

L'omniprésence de la promotion systématique d'une vieillesse réussie peut conduire à des effets contreproductifs. De nouveau, c'est une vision homogénéisante de la vieillesse (voir I.2.1.1.2). Comme l'exprime Stéphane Alvarez (2014) :

« Les politiques de prévention et les programmes d'action mis en place au plus près des populations concernées peuvent être reçus par les publics cibles, ou par une partie d'entre eux comme des instances et des lieux de stigmatisation. Lorsque les personnes ont le sentiment de ne pouvoir atteindre les objectifs fixés par les politiques de prévention – en ce qui nous concerne, "réussir son vieillissement" – et de vivre le vieillissement comme un déclassement social [...] les conseils donnés, les ateliers proposés, les actions développées sont contreproductifs, car elles mettent les individus face à leur situation et leur impossibilité de "Bien-vieillir" » (p. 308-309).

3.2.3. Processus biologique ou social

La dernière opposition, l'opposition de contenu met face à face deux approches différentes du vieillissement. La première approche, médicosociale, regarde le vieillissement comme un processus biologique réduisant progressivement les capacités de l'individu. Dans cette optique, le bien-vieillir consiste au maintien de ses capacités physiques et cognitives. Elle trouve son reflet dans la multitude de nouvelles technologies, la domotique par exemple, qui se développent pour allonger l'autonomie de la personne âgée, ou dans les programmes d'interventions orientés vers l'individu âgé et qui sont destinés à le garder en forme, à renforcer sa vitalité cognitive, etc. (Gangbè et Ducharme 2006). Cette approche a dominé la mise les politiques de la vieillesse depuis les années 90 est l'accent mis sur les questions de dépendance et de perte d'autonomie.

La seconde approche, plus large, se place dans une considération plus globale de la santé qui remonte à la définition adoptée par l'OMS en 1946 posant la santé comme : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » On considère alors que Bien-vieillir équivaut à vieillir en santé. On dépasse la considération de maladies ou d'incapacités pour prendre en compte des facteurs d'environnement social : la santé à l'âge avancé, la sécurité financière, la violence faite aux aînés, la qualité de leur logement... Cette approche reprend la définition de base du vieillissement actif, soit « *le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse* ». Cette approche correspond plus aux Centres Sociaux et aux orientations prises avec la loi ASV.

3.3. Bien-vieillir à l'échelle locale

La plupart des recommandations pour un bien-vieillir font l'impasse sur la dimension territoriale. Il s'agit pourtant de comprendre le vieillissement comme issu d'un processus inscrit dans une trajectoire et un espace de vie à travers les enjeux de l'adaptation de l'environnement.

Néanmoins, la mise en place de ces différents dispositifs privilégie de plus en plus l'échelle locale dans la réflexion portant sur le vieillissement de la population, la qualité de vie et donc le bien-vieillir. Depuis le premier plan national Bien-vieillir de 2003, les initiatives se multiplient autour de la promotion du lien social et des solidarités. Le ministère délégué aux personnes âgées impulse « *un large mouvement de valorisation et de promotion des actions intergénérationnelles* ». De nombreuses manifestations durant la Semaine bleue, semaine nationale des retraités et des personnes âgées, valorisent et promeuvent les actions intergénérationnelles comme le montre le thème de l'édition 2016-2017 « *à tout âge faire société* ». Elle vise à insérer les personnes âgées dans leur quartier, leur commune : elle invite le grand public à prendre conscience de la place et de l'importance du rôle social des aînés (Moduloo.net s. d.).

C'est cette échelle qui est mobilisée dans le cadre de l'appel à projets « *Vieillir dans son quartier, dans son village, des aménagements à inventer ensemble* » de la Fondation de France en 2010. Cet appel à projets s'articulait autour de 3 axes : agir sur le milieu de vie, inventer ensemble de nouvelles formes d'habitat adaptées et évolutives et reconnaître les trajectoires de vie. Ils illustrent les 2 grands principes des dynamiques du bien-vieillir : comprendre le vieillissement comme un processus, l'inscription dans une trajectoire de vie et l'importance de l'espace de vie. Parmi les organismes éligibles, on retrouve les établissements médicosociaux publics et privés non lucratifs, mais aussi les offices HLM (habitation à loyer modéré), les communes, EPCI ou groupement d'intérêt public⁶⁸ (GIP) ainsi que les associations à but non lucratif. Cela illustre l'ouverture du champ du vieillissement à des acteurs de la société civile ainsi que l'inscription locale des projets, dans des échelles allant du quartier à l'intercommunalité.

C'est dans ce rapport à l'espace que s'inscrivent différents modèles opérationnels du bien-vieillir, comme le programme « *Villes Amies des aînés* » (VADA) développé par l'OMS à partir de 2005. Concrètement, une *ville amie des aînés* est censée adapter ses structures et ses services afin que les personnes âgées aux capacités et aux besoins divers puissent y accéder et avoir leur place. Ceci repose sur la mise en place de consultations et de participation des personnes afin d'agir au plus près des besoins exprimés. Si ce type de démarche permet de mettre en place des actions ciblées en se basant sur les besoins exprimés d'une population, il existe une tension entre des besoins répondant à un bien-être collectif et ceux répondant à un bien être individuel (voir partie I chapitre 3 – 3.2.1.a.). De plus, il est nécessaire de s'interroger sur la représentativité du groupe de personnes participantes effectivement à ces instances

⁶⁸ « *Le Groupement d'intérêt public (GIP) permet à des partenaires publics et privés de mettre en commun des moyens pour la mise en œuvre de missions d'intérêt général* » (« GIP - Groupement d'intérêt public » s. d.)

par rapport à la population générale, interrogation qu'il faudra prendre en compte quant au design des actions des Centres Sociaux.

Conclusion du chapitre 2

Le bien-vieillir apparait donc comme une notion à cheval entre la théorie gérontologique du *successful aging*, la norme sociale de la « seniorisation » de la perception des retraités et la structuration des politiques publiques autour de sa promotion. C'est une approche intégrée au parcours de vie de la personne, tout en essayant de promouvoir une image positive de la personne âgée. De manière générale, on peut comprendre le bien-vieillir comme un vieillissement en santé : un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur bien-être physique, social et mental. Autrement dit, il s'agit de conserver autonomie et qualité de vie tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie... Il se définit dans un champ d'intervention entre le médicosocial, le social et le socioculturel.

Plus qu'un nouveau paradigme de l'action publique envers les publics retraités, le bien-vieillir se présente comme une nouvelle approche caractérisée par une action locale, une attention sur les personnes autonomes et l'implication de nombreux acteurs extral gaux. C'est à ce sens un nouveau champ d'action plus qu'une évolution de l'intervention gérontologique dans sa totalité. L'action gérontologique est un champ d'intervention fragmenté qui couvre de nombreux domaines allant de l'hospitalier à la question de l'environnement des personnes âgées. Elle fait également l'objet d'une forte stratification, avec des échelles emboitées et des acteurs différents à chacune d'elle : des services décentralisés (conseil départemental), déconcentrés (ARS), des acteurs des différents régimes de la Sécurité Sociale, des associations, des entreprises, etc. Ce constat est à lier à la réflexion autour de l'opposition de contenu dans la définition du bien-vieillir. Celle-ci interroge l'intégration des Centres Sociaux au contexte renouvelé de l'action sociale sur le vieillissement. La mise en place d'une politique du bien-vieillir s'ouvrant à de nouveaux acteurs, **quelle est la place que peuvent prendre les Centres Sociaux ? Comment s'intègrent des acteurs d'animation globale et collective dans un champ historiquement structuré autour d'une intervention sectorisée et individuelle ?**

Il existe aussi une distinction des publics. D'un côté, les questions de la gestion de la dépendance et des soins tiennent de gériatrie. De l'autre, la question de la prévention de cette dépendance fait appel à un ancrage théorique en gérontologie sociale. Une autre tension se dessine dans le champ de l'action gérontologique, celle entre l'action sociale « solidaire » et l'action sociale « lucrative ». De manière caricaturale, il s'agit de distinguer les logiques tenant de l'innovation des services sociaux et celles de l'innovation des services marchands, soit d'un côté le bien-vieillir et de l'autre la Silver  conomie. **Comment se placent les Centres Sociaux entre ces différents courants qui coexistent et positionnent les acteurs locaux ? Sont-ils intégrés et reconnus par d'autres acteurs ? Sur quoi porte cette reconnaissance si elle existe ? Quels peuvent être les freins à cette**

reconnaissance ? Quelles implications l'intégration des Centres Sociaux a sur leurs pratiques dans un contexte prompt à l'isomorphisme institutionnel ? Existe-t-il des différences départementales ?

La mise en place d'une politique du bien-vieillir s'accompagne d'un besoin de qualifier le bien-vieillir et la prise en compte des enjeux de cette qualification dans notre démarche induit des réflexions sur différents aspects. La proposition des Centres Sociaux en matière de vieillissement est également proche des considérations du vieillissement actif notamment dans la promotion de la participation active des personnes âgées dans la construction du bien-vieillir. **Dans ce cas, évaluer l'impact de l'action des Centres Sociaux sur le bien-vieillir revient à comprendre en quoi ils donnent la possibilité de participer** (voir partie II chapitre 6). L'opposition culturelle peut se traduire en opposition de culture professionnelle. La culture professionnelle des Centres Sociaux s'est construite sur un champ, un public et une pratique différente d'autres acteurs. **En quoi la culture professionnelle des Centres Sociaux joue un rôle dans leur proposition termes de vieillissement ?**

La question de la perspective est un point important dans le développement du positionnement épistémologique et méthodologique de cette thèse (voir partie I chapitres 3 et 4). Il s'agit d'un travail de recherche portant sur une pratique d'acteurs de propositions d'activités à des personnes âgées. **Quelle perceptive doit-on alors mettre en avant pour qualifier le bien-vieillir ?**

Le choix définir le bien-vieillir comme un *well-aging* plutôt qu'un *successful aging* a des conséquences sur le positionnement et la méthodologie de la thèse (voir partie I chapitres 3 et 4). Cela pousse à avoir une réflexion sur les critiques et limites identifiées des théories gérontologiques dans l'héritage desquelles on s'inscrit. Un point d'attention va être la question de l'homog n sation dans la manière dont les activités vont être proposées. Plus encore que proposer des activités, les Centres Sociaux proposent d'intégrer les personnes concernées dans la proposition de ces activités. **Quelles sont ces activités ? Pour qui et par qui sont-elles pensées ? Quelles sont leurs traductions en termes de bien-vieillir ? Aux besoins de quelles populations est-ce que cela répond ? Sont-elles accessibles à tout type de population ?**

Enfin, l'évolution conjointe des théories académiques et des politiques publiques souligne une évolution de la terminologie employée pour qualifier ce public (les retraités) ou ces publics (3  et 4  âges). Chacun de ces termes est porteur de représentations sociales particulières. Il va donc être nécessaire de choisir une manière qualifier ce public auquel nous avons indifféremment fait référence par « retraité », « personnes âgées », « ain es », etc. **Le choix de la terminologie de la thèse dépend de la méthode et des observations dans les Centres Sociaux mais il faut aussi s'interroger sur la manière dont les Centres Sociaux qualifient ce public.**

Chapitre 3 : Bien-vieillir : Quelle géographie du vieillissement ? Approche de la thèse.

Introduction

L'objet de ce chapitre est de présenter le cadre théorique et disciplinaire dans lequel s'inscrit ce travail de thèse. Le but est de comprendre la spécificité d'une approche géographique en prenant en compte le caractère polymorphe de notre objet d'étude : le vieillissement. Notamment dans la prise en compte des dimensions inter, multi et transdisciplinaires que l'étude du vieillissement et le cadre particulier de l'exercice cette thèse en TWIN CIFRE comportent (voir introduction générale). L'idée n'est pas de prétendre donner la définition d'une géographie du vieillissement, qui proposerait un cadre fixe, des référentiels épistémologiques définis et une méthode précise. L'objectif est d'interroger ce qui caractérise l'« écriture géographique » de la réflexion proposée autour de problématiques du vieillissement et plus particulièrement du bien-vieillir.

On peut distinguer 3 sens principaux au vieillissement : celui d'un processus démographique, biologique ou social. Ces trois considérations induisent 3 échelles différentes. Le vieillissement démographique porte sur les caractéristiques sociogéographiques d'une portion de la population suivant un critère d'âge. On s'intéresse aux profils statistiques (nombre, proportion, structure), sociaux et économiques afin d'obtenir des éléments de compréhension des défis inhérents au vieillissement des sociétés. Jean Pierre Thouez (2001), propose deux dimensions au vieillissement biologique, toutes deux portant sur l'individu. Il distingue le vieillissement biologique, processus de sénescence des cellules, ralentissement des organismes dû à la vieillesse, de l'« avancée en âge » où le vieillissement de l'individu est le résultat du parcours de vie individuel et collectif (générationnel). L'auteur reprend la proposition de Jean Claude Henrard (1996) de distinguer le processus (temps biologique) du déroulement, voire du résultat (avancé en âge) pour comprendre le vieillissement des individus. Enfin, le vieillissement social comprend le vieillissement comme un temps social défini par la sortie du monde du travail. Le vieillissement social dépend de la manière dont les temps de vie sociale sont organisés par une société (passage à la retraite, statut de retraité, représentation sociale de la vieillesse). L'histoire personnelle de l'individu conditionne la manière dont ce vieillissement social sera vécu (genre, groupe social d'appartenance, formation, capital social et culturel, etc.). On s'interroge ici sur le vieillissement des individus dans la société.

Le vieillissement, par la multiplicité des réalités qu'il recouvre, fait l'objet de nombreuses constructions disciplinaires. On compte de nombreuses études démographiques, donnant lieu, par exemple à la publication d'atlas (e.g. *Atlas des seniors et grand âge en France*, Blanchet 2017). Au sein des sciences médicales, la gériatrie est dédiée à l'étude du vieillissement biologique des individus. Les sciences humaines et sociales se sont également penchées sur le sujet : la sociologie, la psychiatrie, l'histoire, la sociologie, l'économie... Chacune de ces disciplines présentent des travaux autour de la question du

vieillissement qui recouvrent des problématiques disciplinaires relatives à l'objet (Plard 2012). Plusieurs définitions sont proposées pour délimiter ce qu'est le vieillissement et différentes approches sont proposées pour s'en saisir dans chacun des disciplines. La plupart de ces recherches, notamment en sciences sociales, insistent sur les aspects multidimensionnels du vieillissement individuel et sociétal (Pihet et Thouez 2007 ; Caradec 2012 a ; A.-M. Guillemard 2005).

Le vieillissement peut être étudié avec des concepts issus de disciplines variées. C'est pourquoi il est pertinent de s'intéresser aux approches et définitions proposées par la gérontologie sociale. L'orientation de la gérontologie sociale vers la compréhension des dimensions physiologiques et psychologiques du vieillissement de l'individu (Tibbitts 1963) contribue à faire de la gérontologie une science de la santé (au sens « *Health science* », compris différemment d'une science médicale, qui serait la gériatrie). La gérontologie sociale devient un champ important des études du vieillissement, incluant des approches variées provenant de différents champs disciplinaires : sociologie, anthropologie, science politique, etc. pour interroger la santé des personnes âgées, les systèmes de soins, la vie sociale, etc. (Andrews et al. 2009 ; Hummel 2005). Chacun de ces angles disciplinaires apporte de nouveaux éléments et enrichit les perspectives de la gérontologie sociale. Elle apparaît comme une « notion toit » (Rosenmayr 1984) sous laquelle différentes approches et disciplines débattent du problème commun du vieillissement sous différents aspects.

Quel est l'apport, la spécificité d'une approche géographique en gérontologie, ou comment des approches géographiques contribuent ou ont contribué à de nouvelles orientations de la gérontologie sociale ? Pour répondre à cette interrogation, nous faisons le choix de distinguer l'approche anglo-saxonne (**I.3.1.**) de l'approche francophone (**I.3.2.**) avant de présenter l'approche retenue pour la thèse (**I.3.3.**) et la formulation de la problématique (**conclusion du chapitre 3**).

1. Gérontologie et géographie : l'approche anglo-saxonne

Introduction

Les liens entre la gérontologie (comme discipline du vieillissement) et la géographie ont fait l'objet de plusieurs réflexions au sein de la littérature anglophone. Celles-ci identifient différents « temps » d'intersection entre ces deux disciplines, allant de la considération spatiale en gérontologie à l'émergence d'une *geographical gerontology*, courant principalement discuté dans la littérature anglophone (il ne semble pas avoir d'équivalence dans la littérature francophone).

Dans un article sur la conceptualisation du rôle du lieu (*place*) dans le soin (*care*) aux personnes âgées, Janine Wiles (2005) identifie 6 manières dont l'espace et les lieux (*places*) ont été abordés en gérontologie (Wiles 2005 dans Andrews, Evans et Wiles 2013) :

- Un processus qui est une part essentielle des relations sociales, notamment la vie de famille et les relations de « care ».
- Un sujet en évolution constante et sujet à une négociation continue (« *on-going négociation* ») à mesure que les personnes âgées déménagent ou que leurs besoins changent *in situ*.
- L'ensemble des expériences et différentes interprétations d'un même lieu par différentes personnes ou groupe de personnes (pouvant être concurrente et conflictuelles).
- L'expression de relations de pouvoir entre différents acteurs.
- Le résultat d'interactions avec d'autres espaces, à différentes échelles, à différents moments
- Une construction simultanément physique, sociale et symbolique.

Cette synthèse illustre les orientations qu'a données « *le tournant spatial* » en gérontologie. Ce « *tournant spatial* » a touché toutes les sciences humaines et sociales dans les années 80. Il se comprend comme un mouvement transdisciplinaire reportant l'attention sur l'espace dans l'étude des phénomènes sociaux et humains (Puget 2015). Ce tournant spatial va avoir des répercussions sur les thématiques abordées en gérontologie et sur la manière de les aborder (I.3.1.1). Il se développe ensuite une réflexion autour de l'intersection, des échanges entre la gérontologie et la géographie (I.3.1.2). Au-delà d'une réflexion sur la construction des lieux comme un phénomène social, il apparaît des réflexions autour des relations entre ces lieux (I.3.1.3).

1.1. Le tournant spatial

1.1.1. Qu'est-ce que le « spatial turn » ?

Le tournant spatial est un « moment » théorique commun à de nombreuses disciplines. Lors d'une table ronde sur l'émergence d'un « *spatial turn* », Marie Claire Robic (2017) situe l'émergence de la notion dans des écrits de géographes, notamment ceux de Edward Soja. Celui-ci est l'auteur, en 1989 de *Postmodern geographies : the reassertion of space in critical social theory* dans lequel il fait « *la défense et l'illustration d'un "theory's 'spatial turn'", un tournant esquissé par des philosophes (Michel Foucault et Henri Lefebvre sont particulièrement cités) et par des géographes marxistes* » (Robic 2017). Elle souligne que, bien que les auteurs de référence soient souvent français (comme Michel Foucault et Henri Lefebvre), le tournant spatial s'illustre principalement dans des travaux anglo-saxons.

Revenons à ces auteurs. Les travaux d'Henri Lefebvre dans les années 60-70 contribuent à la compréhension de l'espace comme une construction sociale. Dans un article de 1974 intitulé « *La production de l'espace* », Henri Lefebvre décrit ainsi son ambition :

« *Quant à la pensée philosophique et à la réflexion sur l'espace et le temps, elle s'est scindée. D'un côté, voici la philosophie du temps, de la durée, elle-même dispersée en réflexions et valorisations partielles : le temps historique, le temps social, le temps psychique, etc. De l'autre côté, voici la réflexion épistémologique qui construit son espace abstrait et réfléchit sur les espaces abstraits (logico-mathématiques). La plupart des auteurs, sinon tous, s'installent assez*

confortablement dans l'espace mental (donc néo-kantien ou néo-cartésien), prouvant ainsi que la "pratique théorique" se rétrécit à la réflexion égo-centrique de l'intellectuel occidental spécialisé et par la suite à la conscience entièrement séparée (schizoïde). Faire éclater cette situation. À propos de l'espace, poursuivre la confrontation entre les idées et propositions qui éclairent le monde moderne, même si elles ne le guident pas. » (p.31-32)

Pour Michel Foucault, la réflexion sur l'espace est liée à des considérations sur le pouvoir. Philosophe, il a peu écrit sur la question de l'espace, à l'exception du texte de sa conférence « *Des espaces autres* » (Foucault 1967) : « *les chercheurs qui ont proposé une réflexion sur le spatial turn, citent ou disent s'inspirer de M. Foucault, alors que les publications du philosophe sur ce thème sont rares* » (Cerdeira et Rivoal 2015). Néanmoins, une importante partie des travaux de Michel Foucault repose sur des métaphores spatiales et l'hétérotopie⁶⁹, concept qu'il a forgé et largement étudié par des géographes (Agier 2013 ; Pénicaut 2011 ; Rieucan et Lageiste 2008). L'usage de ces métaphores spatiales repose sur « *des zones d'influences, des rapports de force, des fonctions indissociables de ces réflexions sur le pouvoir* » (Cerdeira et Rivoal 2015).

Suite à l'ouvrage d'Edward Soja, Marie-Claire Robic (2017) évoque un article de David Livingstone, géographe également, daté de 1995 dans lequel ce tournant spatial est une notion permettant de traduire 3 mouvements rattachés chacun à des courants philosophiques :

« L'expression de "spatial turn" figure en tête du résumé pour condenser l'idée-force d'une concentration récente de travaux académiques recourant à l'espace pour mener trois opérations intellectuelles : "spatialiser l'histoire" (il cite notamment Foucault, Said, Carter...), "localiser la culture" (Geertz, Goffmann, Giddens...), "situer la rationalité" (Casey, Taylor, Haraway...). »
(Marie-Claire Robic 2017)

Ainsi, le tournant spatial correspond à la prise en compte de plus en plus importante de la dimension spatiale des phénomènes sociaux. Il a contribué à introduire une considération de l'espace comme « *une force active capable de façonner des expériences de vie individuelles et collectives. L'espace dans lequel nous vivons est le résultat d'une production sociale* » (Puget 2015). Cette compréhension de l'espace change les approches en géographie, conduisant à l'émergence d'une géographie sociale. Elle modifie les approches d'autres disciplines des sciences sociales :

« Nous assistons à un tournant géographique diffus des sciences sociales. Entendons non pas un tournant inspiré du dehors par la géographie existante, mais un tournant né du dedans sous l'effet de la prise en compte croissante de la dimension spatiale des phénomènes sociaux. »(Le Débat 1996/5 [n° 92], p.42)

⁶⁹ Michel Foucault définit les hétérotopies comme des lieux physiques de l'utopie, de l'imaginaire. Ce peut-être le cas du théâtre, de tentes, de plage, des cimetières, etc.

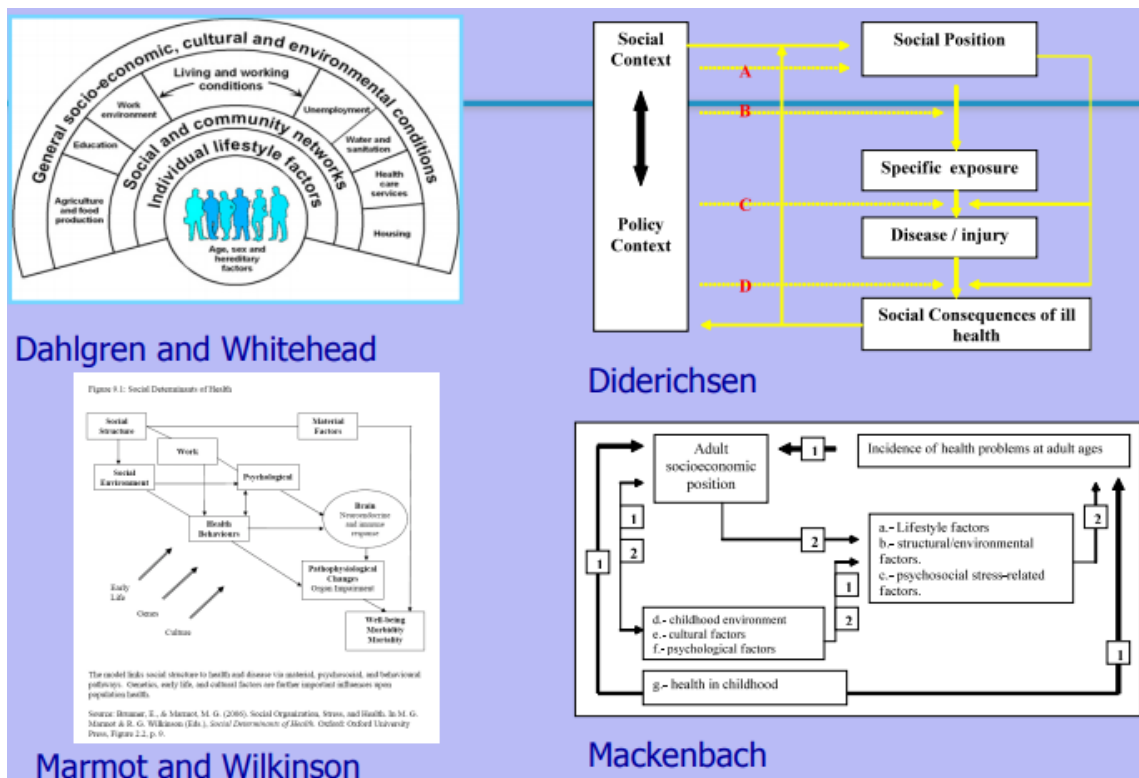
1.1.2. Le tournant spatial en gérontologie

Pour les sciences de la santé, ce tournant est associé à la prédominance du modèle social de la santé (voir encadré 4). Dans gérontologie anglo-saxonne le tournant spatial s'illustre par le développement de réflexions sur l'espace autour des 6 axes présentés précédemment. Cela passe des recherches sur la production sociale des lieux du vieillissement (« *place of aging* »). Un article de Graham Rowles et John Watkins illustre cette réflexion, ne serait-ce que par son titre : « *History, habit, heart and hearth : on making spaces into places* » (2003) que l'on traduit ainsi « *Histoire, habitudes, affection et foyers : pour faire de l'espace un lieu* ». Là où l'espace (*space*) était pris comme une zone isolée, un périmètre fixe support de l'étude, les lieux (*place*) sont compris comme la traduction du sens donné à l'espace en un point fixe. Ce sens est le résultat de l'inscription sociale de l'espace, de l'expérience de la personne et de ses réseaux de sociabilité (distinction que l'on retrouve dans la géographie francophone entre l'espace et le territoire).

Encadré 4 : Les déterminants sociaux de la santé

Le modèle social de la santé se caractérise par la compréhension d'éléments non médicaux, comme l'environnement, habitat ou la vie sociale, comme des éléments clés dans la structuration de la santé, des maladies et du bien-être (Andrews, Evans, et Wiles 2013). Ces éléments vont être structurants des déterminants sociaux de la santé. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé. À titre d'exemple différents modèles sont présentés en figure 9, mais il n'est pas le seul. On peut citer le modèle de Diderichsen et Hallqvist (1998) ; ou encore le modèle de la CDSS de l'OMS. Certains de ces modèles reposent sur un effet cumulatif des déterminants favorables ou défavorables interagissant au cours de la vie, d'autres insistent sur les conditions de naissance.

Figure 9 : Les déterminants sociaux de la santé



Source : Valentine et Solar 2011 p.7

Une autre illustration de ce tournant spatial se trouve dans les travaux portant sur le rôle des espaces dans la construction de l'identité de la personne vieillissante. Un corpus se développe autour du sens donné aux lieux de vie, que ce soit le foyer ou l'institution (Swenson 1998 ; Dyck, Kontos et Angus 2005 ; Shenk, Kuwahara et Zablotsky 2004 ; Bourret et al. 2002 ; Hays 2002), les espaces du deuil et la mémoire (Hockey, Penhale et Sibley 2001 ; Hockey, Komaromy et Woodthorpe 2010 ; Van den Hoonaard 2009). Gavin Adrews, Joshua Evans et Janine Wiles (2013) citent également, pour illustrer ce tournant spatial en gérontologie, les études sur les enjeux du vieillissement urbain et rural ou encore celles sur les relations entre la dynamique et les expériences des lieux (*places*) et les habitudes de vie et de soins.

La géographie est « *l'une des disciplines impliquées dans la gérontologie qui comporte un élément géographique* »⁷⁰ (Andrews et al. 2009 p.1) parmi d'autres. Les travaux cités précédemment sont des travaux de gérontologie, pas de géographie. Ils se nourrissent de réflexions spatiales géographiques, ainsi que de considérations sociologiques ou anthropologiques.

1.2. Gérontologie et géographie : quelles intersections ?

Quelle est alors l'intersection entre la géographie et la gérontologie, au-delà de la seule prise en compte de la dimension spatiale dans l'étude du vieillissement ? L'article de Gavin Andrews et al. (2009) propose un retour historique sur la manière dont l'intersection entre ces deux disciplines s'est construite, autour de quels sujets et comment elle se développe encore aujourd'hui.

1.2.1. La gérontologie faite géographiquement

Les auteurs présentent la manière dont, dès les années 80, apparaît la proposition d'une « gérontologie faite géographiquement » (*gerontology done geographically*) qui traite des questions géographiques de la gérontologie. Il s'agit principalement d'un transfert des méthodes et outils de la géographie vers la gérontologie, puisqu'en tant que science du vieillissement la gérontologie reste le cadre principal de l'exercice de recherches. Dans un des articles emblématiques de cette réflexion, Anthony Warnes explique que :

« *cela représente un changement dans les priorités, s'éloignant des objectifs spécifiques de la géographie humaine pour aller vers ceux associés avec soit le développement de la gérontologie sociale comme un champ académique, soit la promotion d'une aide sociale pour les personnes âgées* »⁷¹ (1990).

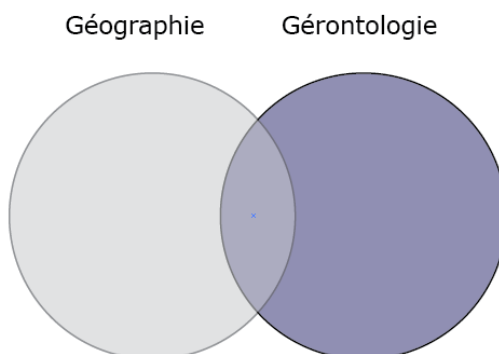
La figure 10 schématise l'intersection entre les deux disciplines. La gérontologie, dans une couleur plus marquée, est la discipline principale et la géographie vient apporter sa contribution. De nombreuses

⁷⁰ Notre traduction - "Geography is clearly one of numerous disciplines which are actively involved in gerontological work that have a geographical element."

⁷¹ Notre traduction - "This represents a shift of priorities, away from objectives specific to human geography towards those associated with either the development of social gerontology as an academic field of the promotion of the welfare of elderly people."

études peuvent illustrer ce courant. Citons, entre autres, l'ouvrage collectif coordonné par Norah Keating en 2008 « *Rural Aging : a good place to grow old ?* ».

Figure 10 : La "Gérontologie faite géographiquement" à la rencontre des disciplines



Intersection : contribution géographique à la gérontologie

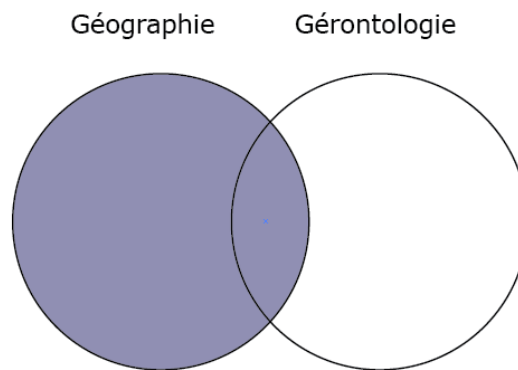
Source : Andrews et al.(2009) – réalisation Juliette Michel 2019

1.2.2. Geography of aging

Dans les années 90 émerge une démarche plus « géographico-centrée », à savoir la conception, au sein de la géographie, d'une filière spécifique à l'étude des questions du vieillissement. Ce courant, généralement nommé *geography of aging*⁷², s'ancre dans les discussions et résultats de l'article de Sarah Harper et Glanda Laws (1995). En se basant, en outre, sur les travaux de Stephen Golant (1972), Graham Rowles (1978) et Anthony Warnes (1982) (dont les réflexions constituent une première vague de questionnement sur la dimension géographique du vieillissement), les auteures proposent de repenser le champ d'une *geography of aging*. Elles mettent en avant le potentiel de différentes théories sociales (économie politique, théorie féministe, etc.) pour comprendre la connexion entre la géographie humaine et la gérontologie sociale. Elles proposent une plus grande inclusion empirique et théorique d'autres champs de la géographie, notamment les géographies culturelles et de la santé (Skinner, Cloutier et Andrews 2014).

Si cette constitution d'une géographie spécifique au vieillissement est largement acceptée, il reste qu'elle ne peut qualifier qu'une partie de l'intersection entre géographie et gérontologie. Cette *geography of aging* est produite au sein de la géographie, par des géographes. Or une partie des recherches traitant la question de l'espace dans les problématiques gérontologiques est produite par des perspectives provenant d'autres disciplines, comme la sociologie ou l'économie. La rencontre entre les deux disciplines ne tient plus tant du mélange que de la simple intersection. Dans cette considération, c'est bien la géographie et non plus la gérontologie, la discipline principale (voir figure 11). À l'intersection géographie/gérontologie depuis quelle discipline parle-t-on et à laquelle emprunte-t-on ?

⁷² On se propose de conserver la locution anglaise afin de ne pas avoir de confusion avec le positionnement que ce que peut être la géographie du vieillissement francophone

Figure 11 : *Geography of aging*, une perspective géographiqueIntersection : *Geography of ageing*

Source : Andrews et al.(2009) – réalisation Juliette Michel 2019

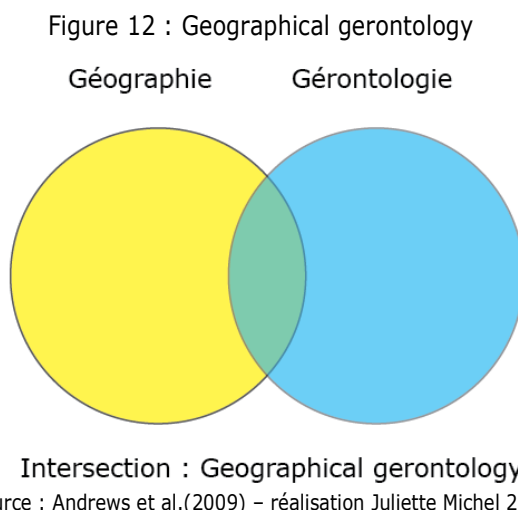
Dans la deuxième partie des années 2000, une critique émerge envers la *geography of aging* et les approches géographiques des âges de manière générale. Partant du constat que les recherches en géographie se concentrent sur les plus jeunes ou les plus âgés, Peter Hopkins et Rachel Pain (2007) proposent des *géographies des relations entre les âges* (« relational geographies of age ») plus tournées vers l'intergénérationnalité et les parcours de vie. Dans cette perspective, l'intersection entre géographie et gériologie apparaît plus mince, car ces recherches ne portent plus spécifiquement sur la question du vieillissement. Plusieurs arguments ont été développés contre cette proposition, notamment par John Horton et Peter Kraftl (2008). Les auteurs apportent plusieurs arguments, comme le fait que le recours au parcours de vie ne suffit pas à rendre compte des situations et des discours associés avec le fait d'être âgé ou jeune.

En élargissement la prise en considération de l'âge dans les programmes sociaux ou l'action territoriale de façon intergénérationnel on ouvre la possibilité à certains acteurs de se saisir de la question. Cela va être le cas des Centres Sociaux. L'un des principes principaux de leurs actions vieillissement est cette dimension intergénérationnelle (voir partie II chapitre 5 – 1.1.3). Néanmoins, cette considération du parcours de vie et non d'une classe d'âge particulière éloigne de l'étude de politiques et des pratiques professionnelles associées à cette classe d'âge. Puisque c'est le bien-vieillir en tant que champs d'intervention et les acteurs impliqués dans celui-ci qui nous intéresse, une entrée par l'âge semble rester nécessaire.

1.2.3. Geographical gerontology

C'est dans ce contexte qu'émerge l'idée d'une *geographical gerontology*. Bien que par le titre l'approche semble tirer vers la gériologie, le but de la *geographical gerontology* est de reprendre les préconisations de Graham Rowles (1986) pour une plus grande intégration et une relation égale de transfert d'outils et de connaissances de l'une et l'autre des disciplines (voir figure 12). Certains auteurs soulignent que les disciplines ont connu les mêmes tournants épistémologiques (tournant spatial &

tournant critique/culturel⁷³) et partagent aujourd'hui un large socle théorique, méthodologique et empirique (Kontos 2005 ; R. Kearns et Andrews 2005).



La *geographical gerontology* est « proposée comme un espace confortable pour le co-développement de théories, concepts et connaissances empiriques sur les relations entre espace, lieux et vieillissement »⁷⁴ (G. Andrews et al. 2007). La *geographie of aging* est alors la tendance géographique au sein du champ interdisciplinaire de la *geographical gerontology*. Ce dernier inclut également les travaux ayant une composante géographique de gérontologues ayant un autre bagage disciplinaire (sciences infirmières, sociologie, travail social, aménagement, etc.) (Skinner, Cloutier et Andrews 2014).

En tant que discipline spatiale, la *geographical gerontology* interroge des sujets à différentes échelles. Le tableau 8, présente les différents sujets dont se saisissent *geographical gerontology* et *geography of aging* et les échelles associées présentées dans 3 principales revues de littérature. Cette rapide synthèse souligne que les intérêts géographico-gérontologiques se sont articulés autour des questions de mobilité, de résidence, de soins et de santé, d'habitats et d'identités.

⁷³ « Ce que dit l'approche culturelle, c'est que les objets dont traite la géographie sont créés par des hommes dont nous ne pouvons saisir de l'extérieur les motivations, la logique et les perspectives. L'approche culturelle impose un décentrement : le chercheur doit se défaire de ses idées pour s'imprégner de celles mises en œuvre par ceux qu'il étudie. » (Claval 2015, §5)

⁷⁴ Traduction de l'auteur: "Geographical gerontology is proposed as a comfortable place to co-develop theories, concepts and empirical knowledge on the relationships between space, place and ageing"

Tableau 8: Sujet et échelles de la *Geographical Gerontology*

	Geographical gerontology		Geography of aging
	(G. Andrews et al. 2007)	(G. Andrews et al. 2009)	(Skinner, Cloutier et Andrews 2014)
Micro	Vieillir dans les lieux	Localisation Emotions, représentation et rapport au corps	Identité et représentation Emotion et personnification Vieillir dans les lieux et localisation
Méso	L'habitat : de la maison à la localité Famille, mobilité et migration	Santé et environnement de vie	La prise en charge des soins Habitat et environnement
Macro	Vieillissement de la population et répartition des âgés Géographie de la santé des âgés Construction et représentation du vieillissement en santé Service de soins et sociaux : répartition, expériences et espaces	Vieillissement de la population et mouvement Services, aménagement et politiques	Aménagement urbain et habitat Service de santé Mouvements et migrations Vieillissement démographique. Santé et bien être

Sources : (G. Andrews et al. 2007, 2009; Skinner, Cloutier et Andrews 2014) - réalisation Juliette Michel 2019

1.3. Rendre compte des relations entre les espaces

1.3.1. L'approche argumentée

Il est reproché à ces approches de comprendre l'espace et les lieux comme une variable discrète, sans pour autant nier la complexité de leurs compositions. Il y a peu de considérations sur les relations entre les différents lieux/espaces (*spaces/places*) et à la manière dont ces relations peuvent changer, ou influencer la formation, la structuration et l'évolution du lieu/espace considéré. Pour répondre à cette limite se développe la proposition de repenser les espaces de manière rationnelle, argumentée (« *rational thinking* »).

Il s'agit de reprendre les considérations précédentes sur la nature des lieux/espaces sans les comprendre uniquement comme des réalités *in situ*. L'idée est de les appréhender au travers d'une compréhension des dynamiques réticulaires entre les lieux/espaces (Andrews, Evans et Wiles 2013). Dans cette optique, les lieux/espaces sont fortement liés et influencés entre eux à de multiples échelles spatiales et temporelles. Il est donc plus compliqué de supposer qu'il existe une qualité intrinsèque des espaces (en termes de distance et de proximité) ou des lieux (en termes de représentation) dans la manière dont cela va jouer sur les pratiques humaines (G. Andrews et al. 2009). On va plutôt comprendre les caractéristiques particulières à un lieu/espace comme lié à d'autres lieux/espaces, souvent à des échelles différentes (Andrews, Evans et Wiles 2013).

La large application de cette théorie dans la recherche en géographie humaine anglo-saxonne va être qualifiée de paradigmatique par certains auteurs (Bathelt et Glücker 2003 ; Cummins, Curtis et Diez-Roux 2007 ; Cutchin 2007 ; Hopkins et Pain 2007). L'intérêt d'une telle approche, notamment en géographie, est qu'elle permet d'aborder simultanément des objets dans des dimensions macro et micro.

Dans une revue de littérature proposant un état des lieux sur la *geography of aging* en 2014, Mark Skinner et al soulignent pourtant qu'encore peu de recherches sur l'âge ont tout à fait adopté cette approche. Néanmoins, les auteurs soulignent l'émergence de travaux sur « l'interrelation des lieux » (*interrelatedness of place*). Ce corpus propose une démonstration de l'existence de ces relations entre les différents espaces, lieux et échelles des pratiques de soins, des aides sociales ou de la vie sociale des personnes âgées (Hanlon et al. 2014 ; Milligan et Wiles 2010 ; Schwanen, Hardill et Lucas 2012). Pour aller plus loin, les auteurs proposent d'étendre la compréhension de ces interrelations en ajoutant la description de la nature riche et complexe de ces relations et leurs conséquences (Skinner, Cloutier et Andrews 2014).

1.3.2. La théorie non représentationnelle

L'une des problématiques relevées dans l'application d'une approche argumentée est le risque de présenter une carte figée des relations, voire de proposer des représentations simplifiées de ces réseaux. Il serait alors important de baser les recherches sur ces questions sur des théories des lieux et des espaces qui se présentent comme dynamiques, fluides et non hermétiques (Jones 2009). Steven Cummins (2007) propose ainsi de se baser sur la théorie non représentationnelle (TNR) (Thrift 1997, 2007).

Le développement de la TNR, repose sur le constat que la géographie humaine anglo-saxonne des années 90 et début des années 2000 est largement empreinte du paradigme « représentationnel » du constructivisme social (Skinner, Cloutier et Andrews 2014). Le constructivisme social comprend la connaissance comme construite, c'est-à-dire que « *la connaissance des phénomènes résulte d'une construction effectuée par le sujet* » (Besnier 2005). Une approche constructiviste s'intéresse dès lors à la nature et la manière dont se crée la connaissance sur un phénomène et porte peu sur l'ontologie, la compréhension de ce qu'est le phénomène (T. Andrews 2012). Les recherches portent sur le sens et la signification via des interprétations ancrées dans des théories sociales particulières. Pour Louisa Cadman (2009), cela constitue un frein à l'intégration de recherches empiriques sur la construction de l'espace.

En alternative, la TNR tente de reporter l'attention sur les formes non formulées, souvent méconnues, de pratiques qui contribuent à la reproduction des lieux, des espaces et de la vie sociale (Cadman 2009 ; Cummins, Curtis et Diez-Roux 2007 ; Skinner, Cloutier et Andrews 2014). Comme le montre le tableau 9, une approche qui combinerait TNR et approche argumentée permettrait de changer de perspective sur la lecture géographique des espaces des personnes âgées au travers de l'exemple des services. À noter que

ce tableau présente principalement les évolutions d'une géographie culturelle (« les services sont culturellement construits », « les usagers âgés et des cultures particulières »...). Dans une géographie sociale, il conviendrait d'ajouter les dimensions de conflit, de pouvoir et de domination dérivés, entre autres, de l'école marxiste.

Tableau 9: Perspectives traditionnelles et TNR sur les services proposés aux personnes âgées

Perspectives géographiques traditionnelles	Perspectives relationnelles et TNR
<ul style="list-style-type: none"> - Les services pour les personnes âgées sont la manifestation locale de structure régionale et nationale - Les services pour les personnes âgées ont des aires marchandes définies et des juridictions avec des frontières sur une seule échelle - Les services pour les personnes âgées sont culturellement neutres ou servent un groupe culturel spécifique - Les usagers âgés des services de culture et groupes sociaux particuliers ont des besoins et des opinions communs - Les services utilisés par les personnes âgées sont sujets à des évaluations linéaires comme un gradient de distance - Les usagers âgés distants des services et des autres membres de la société par une distance physique doivent être guidés - Les personnes âgées ont des connexions sociales et formelles avec les autres personnes - L'expérience des lieux se crée in situ pour les personnes âgées - L'expérience des lieux en général est importante pour les personnes âgées : identité, attachement et sens sont créés in situ - Les personnes âgées ont des opinions spécifiques et tranchées sur les lieux. Ces opinions sont plutôt cohérentes entre les personnes âgées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les services pour les personnes âgées sont créés simultanément par des idées et des structures à des échelles multiples - Les services pour les personnes âgées ont des nœuds et des réseaux d'usagers et de contacts qui vont de l'échelle locale à globale - Les services pour les personnes âgées sont culturellement construits, proposés et mis en place - Les usagers âgés de cultures particulières ont différents besoins et opinions. Leurs points communs peuvent prendre forme. - Les services ont différents types de compétence qui peuvent être accessibles de différentes manières dans le temps et l'espace - Les personnes âgées sont distantes des services et des autres membres de la société par une distance socio relationnelle - Les personnes âgées existent au sein d'un réseau large et immédiat de famille, amis et services - L'expérience du lieu est cocrée par les personnes âgées, d'autres personnes et d'autres objets - Le moment sensoriel importe aux personnes âgées, les lieux qu'ils fréquentent ont des configurations temporaires et des énergies qui, dans des situations immédiates, sont émotionnelles - Des variations quasiment infinies existent quant à la manière dont les lieux sont vécus et donc vus par et entre les personnes âgées. Chaque personne âgée peut avoir des relations complexes et souvent conflictuelles du même lieu.

Sources : Adapté de Cummins et al. (2007) dans Skinner, Cloutier et Andrews (2014) – réalisation Juliette Michel 2019

L'application de la TNR aux études sur le vieillissement a conduit l'émergence de critiques. On reproche notamment une portée universaliste (Tolia-Kelly 2006) puisque l'on différencie assez peu les individus et identifie les personnes au travers de grandes catégories comme le genre, le handicap et, ici, l'âge (Jacob et Nash 2003). La TNR se distancie des aspects plus sentimentaux, des affects ou de la manière dont les personnes donnent du sens à leur existence, qui sont des éléments centraux d'autres approches sur les

questions du vieillissement, notamment l'approche biographique, ou encore la question du corps comme un construit social par lequel s'inscrivent des notions d'identité, de pouvoir ou de préjugé. De fait, en développant la TNR, Nigel Thrift (2007) se positionne volontairement à distance des approches existantes, définissant la TNR comme clairement « anti-biographique » (Skinner, Cloutier et Andrews 2014). D'autres auteurs, comme Rachel Colls (2012) répondent que ces problèmes n'en sont pas nécessairement, car une approche TNR ne suppose pas de se faire à l'exclusion d'autres approches. Elle considère au contraire que des approches traditionnelles et TNR peuvent se développer parallèlement, voir simultanément si le sujet le permet.

Avant de présenter l'approche de la thèse et la manière dont elle se situe par rapport à ces héritages (I.3.3.), il est nécessaire de compléter cette présentation des approches géographiques du vieillissement par un regard sur les approches francophones.

2. Géographie et vieillissement : l'approche francophone

Introduction

L'approche des dimensions spatiales du vieillissement dans la géographie francophone ne s'est pas faite par un rapprochement avec la gérontologie comme discipline du vieillissement, mais par une réflexion au sein de la géographie de la santé. Cela est à rapprocher de ce qui a été évoqué dans l'introduction de ce chapitre quant à la gérontologie comme science de la santé.

Ainsi, cette entrée par la géographie de la santé permet d'apporter des éléments de compréhension quant à la différence des approches anglophone et francophone, la seconde se caractérisant par l'émergence du territoire (**I.3.2.1**). Il s'agit également de comprendre en quoi le vieillissement se présente comme un objet géographique particulier (**I.3.2.2**) et quelles sont les approches pour s'en saisir (**I.3.2.3**).

2.1. Une Géographie des territoires

2.1.1. Distinguer les approches anglophones et francophones

Anne-Cécile Hoyez, Damian Collins et Sébastien Fleuret (2016) soulignent que les approches francophones et anglophones se sont développées de manière parallèle. Dans les deux cas, la construction disciplinaire de la géographie de la santé est passée par une distanciation progressive avec le courant voisin de la géographie médicale. Pour les approches anglophones, cela s'est cristallisé autour de l'engagement important de la géographie de la santé dans la théorie (R. Kearns et Moon 2002) « *c'est-à-dire s'engager directement dans la théorie au lieu de poursuivre des projets empiriques tout en acceptant les contextes théoriques sous-jacents de n'importe quelle épistémologie* » (Collins et al. 2011, p.92). Cette orientation permet de mettre en avant de nouvelles considérations sur la santé et les lieux. C'est notamment visible dans le développement d'approches post-positivistes, c'est-à-dire sans portée

universaliste de la théorie, comme l'intégration de la « french theory » et des théories féministes, post-colonialistes, etc. (voir encadré 5), ou encore dans les réflexions autour de la TNR dans la *geography of aging*. Cette construction critique de la géographie de la santé l'éloigne des considérations programmatiques et des approches empiriques.

Encadré 5 : La "French theory"

La « French theory » regroupe un corpus de théories philosophiques littéraires et sociales élaborées par des auteurs français dans les années 1960, reprises et développées dans la littérature américaine à partir des années 1970. Elle reprend les travaux d'auteurs comme Michel Foucault, Jacques Lacan, Jacques Derrida ou encore Gilles Deleuze. Le terme en lui-même émerge aux États-Unis ou il va se substituer à celui de *poststructuralisme*, associé aux lectures déconstructivistes de l'École de Yale (de Man 1979 cité dans Angermuller 2007). « Terme de combat des années 1980, le poststructuralisme est souvent associé à d'autres étiquettes comme par exemple le déconstructivisme (Bublitz 1999), l'anti-essentialisme (Bonacker 2000), le constructivisme, le débat autour de la biopolitique et de la gouvernementalité chez Foucault (Bröckling, Krasmann, Lemke 2000), le tournant linguistique. » (Angermuller 2007 §10).

De manière générale, on peut comprendre la « french theory » comme liée à des débats autour de la crise de la représentation. Elle associe généralement la critique du sujet comme souverain (les discours de l'individu ne sont pas neutres et ont une lecture symbolique) et la critique de la « critique » en elle-même, c'est-à-dire la déconstruction des discours scientifiques ou politiques. Elle postule que la culture humaine peut être étudiée et comprise au travers de modèles structurels basés sur le langage, d'où l'importance de la logique déconstructive et de l'analyse du discours.

L'engouement américain autour de la « french theory » contribue également à l'essor des études culturelles : études de genre, féministes ou postcoloniales etc.

Sources : Cusset 2013 ; Angermuller 2007

À l'inverse, de nombreux travaux de géographie de la santé francophone abordent des approches « fonctionnalistes » (sur le fonctionnement des acteurs de santé). Ils mettent en avant les enjeux liés aux décalages entre la manière dont sont construites les lois et celle dont elles sont appliquées et mises en place sur le terrain (Collins et al. 2011). Ceci est à comprendre en lien avec les premiers développements de la géographie de la santé qui se développe en France dans une perspective d'aménagement du territoire.

2.1.2. Une portée aménagiste

Sous l'impulsion d'Henri Picheral, qui définit dans les années 70/80 la notion de « territoire de santé » (Picheral 1976), la question des soins et de leurs accès se lie à l'aménagement du territoire. Le développement des travaux de la DATAR⁷⁵ dans la décennie suivante contribue à asseoir la géographie comme discipline faisant le lien entre configurations territoriales des questions de santé et aide à la prise de décision. Ces approches combinent des outils techniques géographiques (notamment le recours aux SIG⁷⁶) et des outils statistiques généraux (données quantitatives) afin de produire des éléments de

⁷⁵ Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'action régionale

⁷⁶ Système d'information géographique

compréhension des faits de santé en France par l'analyse des dynamiques territoriales et des relations homme/environnement.

Ce développement en lien avec l'aménagement du territoire fait entrer la géographie de la santé dans un tournant épistémologique commun à l'ensemble de la géographie humaine. L'espace n'est plus pris dans la dimension des sciences médicales, comme le support spatial des données, mais comme un objet construit socialement, ce qui se traduit par l'utilisation de la notion de territoire. Dans ce sens, on peut alors comprendre la géographie de la santé comme une géographie sociale. Cette géographie sociale de la santé a considérablement enrichi l'approche aménagiste (Fleuret et Hoyer 2011 ; Fleuret et Séchet 2002), que ce soit par des analyses de la territorialisation de la santé (Rican et Vaillant 2009), des inégalités d'accès (Vaillant et al. 2016) ou des approches par le bien-être (voir I.3.2.3.1)

2.1.3. L'avènement du territoire

Terme venant du droit administratif ou de l'étude des comportements animaux, le territoire s'est imposé dans le vocabulaire de l'aménagement avec la mise en place de la décentralisation dans les années 80. Dans le contexte de délégation de l'autorité centrale vers les collectivités locales via un transfert de compétences, le territoire devient une notion de référence, il « sera la réponse à cette reconfiguration de l'espace public » (Blanchet, Pihet et Chapon 2017). Le terme trouve certainement son apogée avec l'inscription en 2003, dans le préambule de la constitution de la France comme d'une « république des territoires ».

Malgré la grande popularité, il n'existe pas de définition unanimement admise du territoire. Avec la notion de territoire, on retrouve néanmoins l'idée que derrière l'espace géographique (au sens de la localisation), ce sont les usages, les pratiques et les caractéristiques de ceux qui l'habitent qui donneront une identité aux lieux.

En géographie, l'apparition du territoire se substitue aux notions d'espace et de lieux précédemment utilisées. Le recours de plus en plus fréquent à la notion de territoire illustre du tournant de la géographie vers les sciences sociales, de la géographie physique à la géographie sociale. Progressivement, la géographie va passer de la « science des lieux » (Vidal de la Blache, 1913, p.289) à la « science de l'espace, de son organisation et de son fonctionnement » (Gumuchian et al. 2003, p.1).

Jean Marc Fournier (2007) propose de distinguer 4 sens au « territoire » (qu'il considère plus comme un terme, « un simple mot de la langue française » que comme un concept opérationnel) :

- Le territoire, au-delà d'être un synonyme du lieu, permet de désigner des espaces spécifiques construits dans le temps et support d'identité. Le terme permet d'avoir une certaine épaisseur historique, ou en tout cas l'idée d'une construction.

- Le territoire est un espace contrôlé et borné. Parler de territoire c'est parler de l'exercice d'un pouvoir ou d'une forme de gouvernement.
- Le territoire est un espace de contrôle exclusif pouvant être obtenu avec des moyens violents ou non violents (Lévy et Lussault 2003).
- Le territoire est un espace approprié et support d'identité individuelle et/ou collective. Celles-ci ne coïncident pas nécessairement à une entité géographique : plusieurs groupes, chacun possédant sa propre identité, peuvent habiter le même territoire, sans avoir pour autant les mêmes rapports à ce territoire en termes d'appartenance, d'appropriation ou de revendication (Guérin-Pace et Guermond 2006).

Le territoire est à la fois physique (situé), social (construit), culturel (approprié) et politique (contrôlé). Il ne peut alors en aucun cas être considéré comme un support neutre ou passif, car milieu privilégié de formation et de mise en place des actions et interactions sociales. Dans ce sens, il ne peut alors avoir de sociétés sans territoire (Moine 2006).

L'accélération des processus de mondialisation dans les années 90 conduit à des réflexions quant à la fin possible des territoires (Badie 1995). Si le phénomène bouscule les territoires, il met en avant un univers de réseaux, plus fluides, moins durables et interterritoriaux (Vanier 2015). Cette logique réticulaire n'abolit pas les territoires ; elle les relie, les articule et les emboîte (Blanchet, Pihet et Chapon 2017).

2.2. Vieillessement : un objet géographique spécifique ?

Le phénomène de société qu'est le vieillissement de la population doit se penser dans ces logiques de réseau et de territoire. Christian Pihet estime que le vieillissement de la population présente un intérêt géographique du fait « *des significations sociales, des réalités spatiales et des modes de vie qui découlent du vieillissement de la population et qui permettent la réalisation d'une approche géographique des populations âgées* » (Pihet, 2003, p.6 cité dans Blanchet 2011).

La lecture aménagiste du vieillissement du territoire par les phénomènes socio-résidentiels, notamment les mobilités et migrations à la retraite, dans une géographie humaine très généraliste ne suffit donc pas à « *justifier une écriture géographique spécifique à ces populations* » (Blanchet, Pihet et Chapon 2017 b). Cette géographie est à trouver au croisement des faits observés, de leurs causes et conséquences, de l'évolution des acteurs et des représentations associées, des développements dans le temps et des débats engendrés et des variations dans les structures spatiales.

Le vieillissement de la population est un objet d'étude pertinent pour des approches de géographie sociale. L'affirmation d'une géographie sociale, par la volonté d'interroger la dimension spatiale des sociétés, suppose une analyse du rôle de l'espace en tant qu'enjeu stratégique (pour la société) et tactique (pour les acteurs) dans la reproduction des sociétés et les régulations sociales (Séchet et Veschambre 2006). Il s'agit donc comprendre comment la relation à l'autre se construit dans les lieux en

tant qu'espaces d'identité et de reconnaissance (Entrikin 2003), c'est-à-dire dans les territoires. Comment se structurent les groupes sociaux et quels sont les rapports qui se jouent dans la dimension spatiale des politiques publiques (Séchet et Veschambre 2006).

La réflexion en géographie sociale autour de la question du vieillissement va donc se structurer autour de 3 grands axes (Blanchet, Pihet et Chapon 2017 b).

- L'étude de « l'effet de lieu » (Frémont et al. 1984), c'est-à-dire du rôle potentiellement explicatif du facteur territorial dans l'organisation sociale. Celui-ci s'apprécie par l'analyse de l'ampleur des inégalités et des disparités de répartition de la population âgée.
- La compréhension des effets géographiques des appartenances sociales. S'agissant de retraités, la géographie actuelle s'inscrit dans l'héritage de structures sociales (notamment les géographies socioprofessionnelles ou les réseaux de solidarité) d'hier. Les ressources d'aujourd'hui se mêlent aux valeurs historiquement acquises et se traduisent en comportements qu'il convient de prendre en compte.
- Enfin, les systèmes d'acteurs, qui se construisent à la fois autour des personnes âgées et en résultante directe de leur action, ont un rôle structurant sur les territoires et un impact important sur la structuration des groupes sociaux au sein de la population âgée.

2.3. Territoire et vieillissement : quelles approches ?

Jean-Pierre Thouez (2001) propose une contribution à l'analyse des rapports entre santé et territoire par l'angle de la classe d'âge spécifique des personnes âgées. Il y aborde les questions de l'impact social des enjeux liés à l'âge, les questions de l'incapacité, de ses compensations et de sa prise en charge ainsi que les questions pathologiques liées au vieillissement (Collins et al. 2011). Cet ouvrage s'oriente vers des enjeux liés au vieillissement compris comme l'entrée dans un régime où les maladies chroniques sont dominantes, avec des questions liées à la dépendance, l'autonomie et les systèmes de soins. Néanmoins, dans un autre article, l'auteur explique que « l'analyse des effets du vieillissement dépend aussi des objets de recherche et des perspectives théoriques » (Pihet et Thouez 2007, p.194). Ainsi d'autres approches peuvent venir en complément.

2.3.1. Géographie du bien-être

On peut par exemple se pencher sur la contribution de la géographie du bien-être à l'étude du vieillissement (voir I.3.3.2). Cette géographie, développée par Antoine Bailly (1981), se rapproche des interrogations de la géographie de la santé puisque celle-ci étant défini par l'OMS comme un « état de santé complet, physique moral et social » (OMS 1946) en le définissant comme :

« rapport à la conscience, rapport à la société, rapport à l'espace, le bien-être est une notion qui fait appel à la fois aux analyses individuelles et collectives. Il nous renvoie à la totalité des relations entre les hommes, la société et le milieu » (Bailly 1981).

Cette approche combine des démarches quantitatives (e.g. caractéristiques socioéconomiques) et qualitatives (e.g. indice de santé mentale). Les manières d'aborder les questions liées au vieillissement sont donc multiples.

« En développant des approches mixtes, on dépasse la démarcation entre méthodes inductives et déductives. Autrement dit, il est possible de décrire de manière quantitative des faits observables dans le monde réel et de recueillir des preuves qualitatives dans un contexte expérimental préalablement défini » (Thouez 2001, p.57).

Christian Pihet et Jean-Pierre Thouez (2007) soulignent une tendance à l'éloignement des approches fonctionnalistes au profit d'une approche compréhensive, plus centrée sur les acteurs sociaux. Ce faisant, en adoptant des postures « qualitatives », les recherches se tourneraient plus fortement sur les questions de contextualisation et les questions de gestion et d'organisation de la proximité dans les services ou les modes de vie. Dans la lignée de ce même courant d'intérêt porté aux acteurs Mickaël Blanchet, Christian Pihet, et Pierre-Marie Chapon (2017 b) proposent d'interroger l'articulation entre vieillissement et territoire via les systèmes d'acteurs gérontologiques territorialisés. Ils reprennent ici la notion d'« acteurs territorialisés » proposée par Hervé Gumuchian, Eric Grasset et Romain Lajarge (2003).

2.3.2. L'approche par l'acteur

« Le territoire est une scène où se jouent des représentations en (plusieurs) actes ; l'acteur y est donc omniprésent » (Gumuchian et al. 2003 ; p.1). L'émergence de l'« acteur » coïncide avec l'irruption de l'individu dans la géographie sociale. Discipline marquée par un héritage d'approche marxiste, regardant l'espace au travers de rapport de classe, du groupe ou du collectif, les objets géographiques se sont progressivement orientés vers une reconsidération de l'individu. L'idée de l'« acteur » remonte aux années 50 et peut-être lisible au travers des travaux d'Henri Lefebvre (1974) sur la production de l'espace public, de ceux de Maurice Le Lannou (1949) sur l'homme-habitant ou encore d'Armand Frémont (1999) sur les espaces vécus (Gumuchian et al. 2003) etc. Il s'agit alors de reconnaître le rôle des individus comme « *actifs et pensants de leur territoire de vie* » (Frémont 1999), comme le moteur des organisations sociospatiales. L'acteur serait donc l'individu en action. L'action définie par Hannah Arendt (1994) est :

« la seule activité qui mette directement en rapport les hommes sans l'intermédiaire des objets ni de la matière. [Elle] correspond à la condition humaine de la pluralité, au fait que ce sont des hommes et non pas l'homme, qui vivent sur terre et habitent le monde » (cité dans Séchet et Veschambre 2006, p.3).

En ce sens, la géographie sociale doit proposer une compréhension de la construction de la relation à l'autre dans l'espace et plus précisément dans l'espace comme construit social, soit le territoire.

L'acteur doit être considéré comme « *ni homo economicus, ni idiot culturel* » (Ripoll 2006) c'est-à-dire qu'il n'est pas une entité toute puissante ou indépendante des contraintes sociales ni une entité « hors-

sol» dont les ses origines ou la position sociale n'aurait pas d'importance. Il est nécessaire de produire des analyses prenant en compte le point de vue des acteurs, leurs subjectivités, de les « *prendre au sérieux* » (Ripoll 2006) dans ce qu'elles traduisent d'héritages, de stratégies et de spécificités d'action. De plus, l'ensemble de ces discours et modes d'action doivent se comprendre dans leurs contextes, sans pour autant faire du contexte un élément déterminant, chacun se complétant. Ainsi : « *La dimension spatiale de la société ne peut s'analyser que dans et par l'action territoriale, mais [qu'] actions et territoire ne peuvent se comprendre que dans le champ de la dimension sociale de l'espace* » (Gumuchian et al. 2003 p.15). En cela, on se rapproche d'une forme de constructivisme.

Ces approches poussent à adopter des approches à grandes échelles, se rapprochant du local et du point de vue des individus ou groupes sociaux acteurs, via l'application de méthodes qualitatives. Néanmoins, cela présente le risque d'ignorer d'autres échelles importantes de la structuration politique et économique (Baudelle 2006). Pourtant les dynamiques, décisions et jeux d'acteurs à ces échelles ont un rôle dans les formes qui vont se développer localement. Le travail de terrain doit se construire avec la compréhension des différentes échelles d'intervention politiques et sociales (Vieillard-Baron 2006).

La nature de l'acteur est donc variée. On retrouve des acteurs politiques, économiques, associatifs ou institutionnels, mais aussi les habitants, résidents, usagers, les professionnels d'un secteur particulier, les acteurs de la ville, du département ou de la région, etc. Une approche par le système d'acteurs gérontologiques territorialisés suppose de définir la nature ou le sens de cette territorialisation et le nombre et la nature de ces acteurs, leurs échelles respectives et leurs types de relations.

3. Vers une géographie du bien-vieillir dans les Centres Sociaux

Introduction

Ce tour d'horizon de différentes géographies du vieillissement n'a pas pour objectif d'être exhaustif. Il propose de présenter les différents courants qui influencent l'ancrage théorique des travaux menés au cours de cette thèse. Étant donné la démarche itérative de cette thèse (voir Introduction de la Partie I), ce n'est pas une construction théorique de la problématique de recherche *a posteriori*, mais une présentation des différents courants qui viennent sous-tendre certaines questions de recherches inhérentes à l'objet d'étude.

En ce sens, cette démarche correspond aux postures anglo-saxonnes quant au choix de postures théoriques se basant sur « *leurs correspondances perçues avec un projet ou un problème de recherche particulier* » (Robin Kearns et Collins 2010 cité dans Collins et al. 2011 p.93). Si ce positionnement semble le plus pertinent au regard de notre objet, il n'a pas de volonté généraliste.

Tableau 10 : Questions de recherche et axes de réflexions

Questions de recherche	Axes
Quel est le rôle, la place du territoire dans la pratique des Centres Sociaux ? Comment la démarche de diagnostic du projet social oriente-t-elle l'action des structures ? Dans le quotidien des structures, existe-t-il une différence entre l'utilisateur et l'habitant ?	La question du territoire dans les Centres Sociaux
En quoi alors les actions répondent-elles à des problématiques identifiées sur le territoire ? Comment ces problématiques sont-elles identifiées ?	
Comment les Centres Sociaux, via leur action territoriale, se proposent-ils d'être des « partenaires des pouvoirs publics » sur la question du vieillissement ? Quel regard portent les pouvoirs publics en question sur les Centres Sociaux ? Quel est, ou peut-être, le rôle des Centres Sociaux dans l'action publique autour du vieillissement ?	
Quelle est la place que peuvent prendre les Centres Sociaux ? Comment s'intègrent des acteurs d'animation globale et collective dans un champ historiquement structuré autour d'une intervention sectorisée et individuelle ?	Les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir
Comment se placent les Centres Sociaux entre ces différents courants, qui coexistent et positionnent les acteurs locaux ? Sont-ils intégrés et reconnus par d'autres acteurs ? Sur quoi porte cette reconnaissance, si elle existe ? Quels peuvent être les freins à cette reconnaissance ? Existe-t-il des différences départementales ?	
L'action « vieillissement » des Centres Sociaux est-elle une action endogène ou exogène ? Par qui, comment et pourquoi est-elle définie ?	
En quoi la culture professionnelle des Centres Sociaux joue-t-elle un rôle dans leur proposition en termes de vieillissement ?	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux
Quelles implications, l'intégration des Centres Sociaux a sur leurs pratiques dans un contexte prompt à l'isomorphisme institutionnel ?	
Evaluer l'impact de l'action des Centres Sociaux en termes de Bien-vieillir revient à comprendre en quoi est ce qu'ils donnent la possibilité de participer.	
Quelle perspective doit-on alors mettre en avant pour qualifier le bien-vieillir ?	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux
Quelles sont ces activités ? Pour qui et par qui sont-elles pensées ? Quelles sont leurs traductions en termes de bien-vieillir ? Aux besoins de quelles populations répondent-elles ? Sont-elles accessibles à tout type de population ?	

Réalisation : Juliette Michel 2019

Ce positionnement influence et est influencé par la formulation de notre problématique. Le choix de certaines approches repose sur les questions de recherche formulées dans les chapitres précédents. Cela permet de faire émerger 4 axes de réflexion principaux (tableau 10) : la question du territoire dans les Centres Sociaux, l'inscription des Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir, le bien-vieillir pour les Centres Sociaux (la manière dont il est pensé et proposé) et dans les Centres Sociaux (l'impact sur la population). La prise en compte de ces questionnements et des liens que chacun entretient avec certains éléments de notre cadre théorique conduit à la formulation de l'approche choisie pour cette thèse (**I.3.3.1**) et à la réflexion autour des espaces du bien-vieillir (**I.3.3.2**).

3.1. L'approche de la thèse

3.1.1. Naviguer entre les disciplines

Le vieillissement apparaît comme un objet de recherche trop vaste pour n'être considéré que par une discipline (voir I.3.Introduction). Il semble difficile de prôner une approche disciplinaire plus qu'une autre. Dans ces travaux concernant la pluralité des disciplines, Robert Franck (1999) explique que chaque discipline opère une « réduction méthodologique » sur son objet d'étude. C'est-à-dire que la réalité de son objet est définie par l'ensemble théorique et méthodologique de la discipline. Il s'agit de faire la distinction entre ce qui tient de « l'objet matériel », l'objet tel qu'il est dans sa réalité et « l'objet formel », « réduit », formalisé d'une certaine manière dans un champ disciplinaire. De la même manière, pour Jacques Hamel (2005), la réduction de la « réalité » exercée par une discipline est ce qui constitue l'objet. Ainsi, la « réduction méthodologique » pour Robert Frank ou la « réduction de la réalité » pour Jacques Hamel sont des traductions des représentations disciplinaires.

Ces distinctions permettent de comprendre les apports que peuvent permettre des approches pluridisciplinaires. Si l'objet vieillissement, comme objet formel, n'est pas le même en géographie, sociologie, gériatrie ou psychologie, chacun d'eux participe à la réalité du vieillissement comme objet matériel. L'intérêt d'une approche par la gérontologie sociale, avec son champ méthodologique et disciplinaire ouvert, est de pouvoir avoir recours d'autres bagages disciplinaires dans la formalisation de l'objet et donc dans les méthodes proposées. Sans avoir pour ambition de produire un objet formel plus proche de l'objet matériel, cela conduirait à la formation d'objets formels nouveaux. De plus, étant donné la proximité entre les travaux entrepris pour cette thèse et ceux entrepris dans pour la thèse de sociologie associée dans le cadre du projet I-CARE (voir Introduction générale), cela permet d'intégrer certaines réflexions et la construction commune de certaines méthodes (voir partie I chapitre 4).

Si le choix est fait d'une approche volontairement pluridisciplinaire, il reste que nous proposons une réflexion géographique. C'est dans cette perspective que notre choix de se reporter à des travaux de types « *geography of aging* » et « *geographical gerontology* » pour ce qui est des approches anglo-saxonnes et de la géographie sociale et de l'entrée par l'acteur dans les approches francophones semble pertinent.

L'entrée *Geographical gerontology* permet le co-développement théorique et méthodologique dans notre approche. On développe des méthodes mixtes, non seulement du point de vue disciplinaire, en proposant une démarche socio-géographique, mais aussi en se saisissant ainsi de l'opportunité décrite par Jean-Pierre Thouez (2001) en utilisant des méthodes mêlant qualitatif et quantitatif dans des démarches inductives et déductives (voir partie I chapitre 4).

3.1.2. Une approche par les acteurs

Comme le souligne le tableau 10, un des axes émergents des questions de recherche porte sur la question des Centres Sociaux au sein de système d'acteurs du bien-vieillir. Il semble alors intéressant d'adopter une approche par l'acteur. L'entrée d'une « *geography of aging* » s'inscrivant dans une approche combinée entre « argumentée » et TNR paraît pertinente. Elle permet de considérer les différentes échelles en jeu dans les relations entre les acteurs, le type de relation qu'ils développent et les influences de celle-ci dans leurs modes d'action. Ces relations entre les échelles et les acteurs sont un enjeu à prendre en compte dans la considération de l'isomorphisme institutionnel et des formes qu'il peut prendre. Il s'agit de comprendre les Centres Sociaux et leurs actions envers le public vieillissant dans un cadre plus large... L'idée n'est pas de présenter les Centres Sociaux comme ayant une action en autarcie, mais de comprendre comment elle se développe, en lien avec quelles problématiques ou considérations, à quelles échelles, etc. En plaçant les Centres Sociaux au sein d'un système de relations et d'interrelations entre acteurs plus large, il est possible de saisir les enjeux que l'intégration à un système d'acteur du bien-vieillir revêt pour eux ainsi que pour les acteurs de ce champ.

Une approche par l'acteur nécessite de « *prendre au sérieux* » (Ripoll 2006) leurs subjectivités. Cela fait apparaître deux des axes de réflexion : le bien-vieillir pour les Centres Sociaux et le bien-vieillir dans les Centres Sociaux. Les Centres Sociaux et acteurs du champ du vieillissement ne sont pas les seuls acteurs que l'on va prendre en compte. Les critiques formulées vis-à-vis des théories de l'activité et du bien-vieillir comme contribuant à créer une vieillesse homogénéisante (voir partie I chapitre 2 – 1.1.2 et 3.2.1) amènent à prendre en compte les personnes âgées comme des acteurs à part entière. Cela pousse à comprendre en quoi le bien-vieillir des personnes dans les Centres Sociaux trouve un écho dans la proposition des Centres Sociaux sur ce bien-vieillir, mettant en parallèle deux perspectives : une perspective d'acteurs et une perspective de personne âgée (voir partie I chapitre 2 – 3.2.2).

S'il convient de prendre en compte les limites et critiques soulevées autour des tendances à l'universalisme, il semble que, pour ce qui est de notre objet, approcher les populations sur la base du critère de l'âge est une entrée pertinente. Cela permet de se saisir des enjeux et des pratiques d'acteurs (politiques, institutionnels, associatifs) qui se développent sur cette entrée par l'âge. Il s'agira néanmoins de prendre en compte le décalage entre une catégorie « personnes vieillissantes » artificiellement construite en rapport à un palier d'âge et la diversité des expériences du vieillissement. On peut se rattacher ici aux travaux du laboratoire ESO (espaces et sociétés) par la considération des liens entre les trajectoires individuelles, les lieux, les espaces de vie et la mise en situation capacitances ou handicapantes (Laboratoire Espaces et Sociétés 2017). Sans aller jusqu'à développer une approche biographique (au cœur de la thèse de sociologie), la diversité des expériences du vieillissement trouve ses illustrations dans la considération de l'individu comme acteur de son vieillissement et en tant que tel, porteur de ses propres pratiques et représentations.

3.1.3. Territoire et Lieu

La considération de la construction sociale de l'action sur les territoires et espaces est au cœur de notre réflexion avec le dernier des axes : la question du territoire dans les Centres Sociaux. Le manque de données harmonisées sur l'action des Centres Sociaux rend difficile la recherche d'effet de lieux par la spatialisation des acteurs d'une manière plus poussée que ce qui a été présenté dans le chapitre 1 (voir partie I chapitre 1 - 2.). Néanmoins le chapitre 1 soulevait des questions quant à la place du territoire dans l'action des Centres Sociaux.

De nouveau, il semble intéressant de combiner des approches francophones et anglophones en intégrant les répercussions du tournant spatial. Dans les deux cas, la considération d'un espace neutre, support, fait place à la prise en compte de territoire ou de lieux (places) socialement construits. Là où la perspective aménagiste de la géographie française va donner au territoire une dimension programmatique, l'approche anglo-saxonne se tourne vers l'engagement social et les notions d'identité et d'affect lié aux lieux. L'approche francophone va nous conduire à nous interroger sur le lien entre les caractéristiques du territoire d'implantation du Centre Social et le développement de ces activités. En prenant une entrée anglo-saxonne, nous allons nous interroger sur le Centre Social en tant que lieu (*place*) sujet à des affects et des appropriations différentes.

3.2. Les espace du bien-vieillir

Si la compréhension des perspectives d'acteurs et de personne âgée est une part importante de la réflexion, cette thèse adopte aussi une perspective de chercheur. Elle se traduit par le choix de comprendre le bien-vieillir comme un *well-aging* plus qu'un *successful aging* (voir partie I chapitre 2 - 1.3). Dans les approches sur le bien-vieillir comme bien-être, le vieillissement est compris comme une situation issue de trajectoires, de processus individuels générant un statut particulier dans la société et un certain rapport à l'espace public.

Cette perspective, adoptée en amont du travail de terrain permet de mettre en place les premières méthodes (voir partie I chapitre 4 - 1). Elle amène à s'inscrire dans une géographie du bien-être. Dans une telle approche, établir une liste de critères qu'il faudrait remplir pour afficher un *bien-vieillir* objectif, c'est se heurter aux problématiques inhérentes à l'évaluation du bien-être. Au premier rang de celles-ci, se trouve la question des standards relatifs.

3.2.1. Les théories du bien-être

3.2.1.a. La théorie des standards relatifs

La théorie des standards relatifs traite explicitement le bien-être comme étant subjectif et relatif, une construction combinée de facteurs individuels et sociaux. Elle se développe suite aux critiques adressées à une autre théorie du bien-être : la théorie des besoins d'Abraham Maslow (1954). Cette théorie se base sur l'hypothèse que la satisfaction des besoins individuels est un prérequis au bien-être. La traduction la

plus connue de cette théorie est la hiérarchie qu'elle propose des différents types de besoins. Cette pyramide classifie les besoins ainsi (ordre croissant d'importance pour le bien-être) : physique (faim, soif...), sécurité (stabilité de l'environnement), appartenance (affection, amour, famille...), estime (reconnaissance) et enfin l'accomplissement de soi, la quête de spiritualité. Cette approche a été largement critiquée. Le principal problème étant que le bien-être est perçu sous un angle de consommation et d'accomplissement d'item défini avant de se penser en termes d'expérience et de vécu. Cela pose plusieurs problèmes. L'expression des choix et la hiérarchie de ceux-ci reflètent une adaptation sur le long terme, c'est-à-dire que l'ordre des besoins est relatif, une fois que l'on a satisfait aux besoins de base. La hiérarchisation des besoins non vitaux varie selon les personnes, mais aussi selon les cultures.

Avec la théorie des standards relatifs, l'idée du bien-être évolue pour prendre en compte des indicateurs plus subjectifs. On distingue alors ce qui relève du besoin universel de ce qui relève de besoins contextuels (à un espace ou à une culture par exemple). « *Pour faire court, la théorie stipule que le bonheur est relatif et qu'un changement des conditions de vie objectives ne provoque pas nécessairement un changement du niveau de bonheur* (Schyns 1998 cité dans Fleuret et Atkinson 2007) ». Le bien-être est en lien avec le bonheur et il est conditionné à la perception de l'individu. Le niveau de bien-être perçu s'évalue en comparaison avec un groupe, une moyenne et exprime la manière dont on positionne ce bien-être par rapport à un standard. Or les standards de comparaison dépendent du contexte dans lequel ils s'expriment et varient d'une personne à une autre. Par exemple, dans une lecture post-marxiste, la construction de ces standards traduit des rapports de classes. Cet aspect est ici renforcé par la question de l'âge. Comment qualifier les besoins des *personnes âgées* quand « être âgé » ne recouvre pas la même réalité à 60 qu'à 90 ans ? Et avoir le même âge ne suppose pas non plus avoir les mêmes besoins suivant son environnement, ses capacités physiques et mentales, ses conditions de logement, ses ressources financières...

3.2.1.b La théorie des capacités

Une autre approche identifiée est la théorie de capacités (*Capability theory*). Développée par Amartya Sen, économiste et philosophe, prix Nobel de sciences économiques en 1998, cette théorie porte aussi bien sur la pauvreté que sur une conceptualisation du bien-être en dehors de considération utilitariste. Selon Amartya Sen, il s'agit de prendre en compte ce que possèdent les individus ainsi que leur capacité, leur liberté à utiliser leurs biens pour choisir leur propre mode de vie (Monnet 2007). Avec le recours aux « capacités », on essaie de négocier le conflit entre conceptualisation objective et subjective du bien-être en combinant des indicateurs substantiels, objectifs du bien-être et des spécificités historiques, culturelles et personnelles (Fleuret et Atkinson 2007). L'égalitarisme d'Amartya Sen pose comme principe l'égalité des capacités de base et non l'égalité des utilités comme dans l'utilitarisme. C'est-à-dire que la consommation de biens ou de service est un moyen d'exercer ou d'obtenir une faculté à faire ou à atteindre un objectif et non une finalité en soi.

La théorie des capacités est largement débattue, que ce soit en tant que théorie philosophique (notamment autour de la place de la liberté des individus) ou économique (rapport à la théorie économique néoclassique, économie des biens communs...). Elle a donné lieu à de nombreuses controverses théoriques, notamment avec John Rawls (Terestchenko 2010) et à des travaux empiriques sur la pauvreté (notamment via la construction de l'indice de développement humain). Cette théorie a profondément inspirée de nombreuses actions ou cadres d'actions d'acteur intervenant dans les champs du développement, notamment les *Millenium Development Goals* de l'ONU et l'action de certaines ONG comme Oxfam.

La théorie des capacités est souvent critiquée pour son imprécision et pour sa difficulté d'application. L'approche est critiquée dans une sorte de schizophrénie : d'un côté, pour lui reprocher un manque de proposition d'un standard universel et de l'autre pour suggérer qu'il pourrait en avoir un (Gasper 1997 cité dans Fleuret & Atkinson, 2007). La complexité de ce que regroupe une capacité la rend difficile à traduire en terme opérationnel. L'approche la plus communément utilisée pour étudier les capacités est celle proposée par Martha Nussbaum (2000), qui définit les capacités basiques :

- La vie (durée de vie normale),
- la santé (bonne santé, nutrition adéquate et logement),
- l'intégrité du corps (mouvement, choix de reproduction...),
- le sens (imagination et pensée, information par l'éducation),
- l'émotion (choix de ses attachements)
- la raison pratique (réflexion critique et organisation de la vie)
- l'affiliation (interaction sociale, protection contre les discriminations),
- le rapport aux autres espèces (respect pour et vie avec les autres espèces),
- la récréation, contrôle sur son environnement politique et matériel

Une autre traduction opérationnelle des approches de capacités est celle proposée par Des Gasper (1997) et exposée par Sébastien Fleuret et Sarah Atkinson (2007). Des Gasper propose distinguent 3 types de capacités : les capacités tenant de l'opportunité « *O capabilities* », les capacités relevant d'un ensemble de compétences baptisées « *S (skills) capabilities* » et finalement les capacités potentielles « *P capabilities* ». Ce classement permet l'évolution de P en S grâce à la formation, l'éducation et l'expérience alors que ce sont des évolutions du contexte qui permettent la transformation de O dans une capacité opérationnelle.

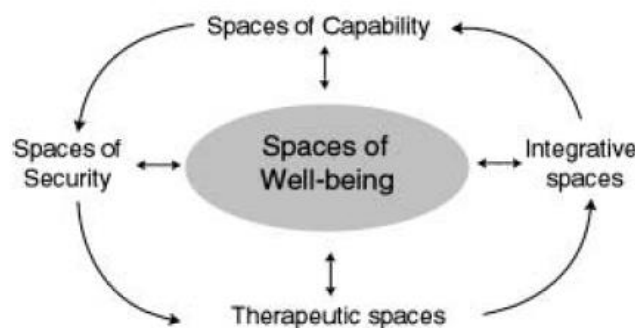
Cette approche, transposée dans le contexte d'une réflexion sur le bien-vieillir, renvoie au modèle de vieillissement réussi de Paul Baltes et Margaret Baltes (voir partie I chapitre 2 - 1.2.1). Les auteurs exposaient la volonté des individus à exercer un contrôle sur leurs vies, ce qui peut se comprendre comme le fait d'exercer leurs capacités c'est-à-dire leur capacité à utiliser, à mobiliser différents leviers afin de choisir leur propre mode de vie. Les trois stratégies énoncées, la sélection, l'optimisation et la

compensation sont à appréhender par le prisme des capacités. La sélection des objectifs correspond alors à la définition des capacités mobilisées et mobilisables dans une perspective personnelle, mettant l'individu au centre des dynamiques du vieillissement réussi. L'optimisation passe par la mobilisation des capacités S et l'adaptation par les capacités P. Le choix de la stratégie mise en place et de ses modalités dépendent des capacités O.

3.2.2. Bien-vieillir dans les territoires, dans les lieux

L'intérêt de l'approche par les capacités dans une géographie du bien-vieillir est l'exploration de la nature des agencements permettant de passer de capacités potentielles à un fonctionnement concret. Il s'agit de comprendre les facteurs favorisant la formation, l'éducation, la montée en compétence, c'est-à-dire tous les facteurs augmentant l'adaptabilité et la résilience des personnes âgées. La prise en compte du contexte permet de comprendre l'« écart structurel » défini par Matilda Riley et John Riley (voir partie I chapitre 2 – 1.2.1), soit l'ensemble des contraintes et des constructions de la structure sociale pouvant entraver un vieillissement réussi.

Figure 13 : Cadre conceptuel des espaces de bien-être



Source : Fleuret et Atkinson 2007

En se basant sur ces approches théoriques du bien-être, Sébastien Fleuret et Sarah Atkinson (2007) proposent un modèle, permettant l'étude de la production d'espaces qui peuvent favoriser ou non « la santé comme un composant important du bien-être ». Ces constructions pouvant être physiques (équipements, services, organisation) ou sociales, ils proposent le cadre suivant, distinguant les contributions de 4 types « d'espaces » aux espaces de bien-être (voir figure 13). Sont spécifiés ainsi :

- Les espaces de capacités (*Spaces of capability*), espace social et physique pouvant promouvoir ou freiner la réalisation personnelle et donc le bien-être.
- Les espaces d'intégration (*Integrative spaces*) : de nombreuses études ont montré l'impact d'avoir un réseau social dense de proximité sur plusieurs dimensions du bien-être dont la santé.
- Les espaces de sécurité (*spaces of security*) : cette dimension englobe plusieurs dimensions, allant des menaces environnementales à la sécurité financière. L'idée est de caractériser des espaces par le niveau de préoccupation que ces différents aspects suscitent.
- Les espaces thérapeutiques (*therapeutic spaces*) : on retrouve ici l'influence des travaux anglo-saxons sur le rôle des lieux dans les affects, l'appropriation et le bien-être

En se basant sur des approches telles que les capacités, l'intégration sociale et les paysages thérapeutiques, les espaces de bien-être s'inscrivent de fait dans une échelle locale. Dans les Centres Sociaux, on va se pencher sur des espaces vécus⁷⁷, soit des espaces allant du quartier à plusieurs petites villes dans le cas de territoires ruraux, ce qui suppose une réflexion particulière. Un territoire de vie a une géométrie variable en fonction des pratiques spatiales des personnes. Dans le cas des personnes âgées, la mobilité et le maintien de l'autonomie en sont des enjeux d'importance. La vieillesse est régulièrement traitée comme facteur de rétrécissement du territoire de vie (Morval 2006). Or, si l'on considère que « *se déplacer, c'est également un réseau social et produire de l'espace* », on arrive à une vision plus dynamique qu'en se limitant aux études traitant des difficultés de déplacements des personnes âgées (qu'il ne faut pas pour autant négliger).

Si on suppose que les pratiques spatiales sont un reflet de l'intégration dans une société, il faut comprendre la manière dont une personne s'approprie son espace et se le représente, comme l'exprime Brigitte Nader-Hallier dans sa thèse sur les territoires de vie des plus de 75 ans (2011) :

« Si les psychologues de l'environnement évoquent une désappropriation de l'espace pour les personnes arrivées à un âge avancé, il est pertinent de comprendre ce qui fait l'appropriation et ce qui y contribue au grand âge. La condition sociale, le degré d'avancée dans le grand âge, le genre, les trajectoires personnelles, l'état de santé sont un des socles de l'appropriation du territoire déterminant en partie le type de pratiques spatiales ainsi que leurs temporalités. L'accessibilité des services, l'offre de transport, leurs coûts constituent le second socle de l'appropriation et des pratiques spatiales : on comprend bien ici que les pratiques spatiales individuelles ou collectives sont multifactorielles. » (p.136-137)

Les aspects de mobilité, de déplacement et d'appropriation du territoire sont donc à intégrer à une réflexion sur les espaces de bien-vieillir, que ce soit en termes d'éléments des espaces de capacités ou d'intégration.

Conclusion du chapitre 3

La reprise des diverses questions soulevées dans les chapitres précédents a permis de dégager 4 axes de réflexion principaux autour desquels est construit le positionnement de la thèse en mêlant des approches francophones et anglophones de la géographie du vieillissement. Les axes autour du bien-vieillir et l'intégration à un système d'acteur conduisent à adopter une approche par l'acteur en prenant en compte

⁷⁷ Concept forgé par Armand Frémont, « L'espace vécu comprend l'espace des pratiques quotidiennes (l'espace de vie) et l'espace des interrelations sociales (l'espace social) en tant qu'objets de la perception et de la représentation mentale qu'un individu ou un groupe puisse se construire » (« Espace — Géoconfluences »)

les jeux d'échelles, les relations et les enjeux de la mise en place du bien-vieillir dans les Centres Sociaux, mais aussi l'impact de celle-ci sur leur public.

Ce public, dont les enjeux de qualification ont été soulevés dans le chapitre 2, va être abordé par le biais d'un critère d'âge. On va se concentrer sur les 60 ans et plus dans les Centres Sociaux. Ce seuil a été choisi, car il correspond à l'âge d'arrivée à la retraite des personnes les plus âgées interrogées (doyen de l'auto-questionnaire santé bien-être : 91 ans ; doyen de l'enquête usager : 83 ans, voir partie I chapitre 4 – 1.2). L'emploi d'un palier d'âge facilite les comparaisons entre différents fichiers. Enfin, le choix d'un seuil et non d'un terme comme « retraité » ou « senior » permet de se pencher sur les raisons du choix de l'usage de ces termes dans les Centres Sociaux.

L'objectif est de comprendre la manière dont le bien-vieillir est appréhendé dans les Centres Sociaux et les enjeux que cela peut avoir en interne et comme élément d'intégration à un système d'acteurs. Il faut aussi prendre en compte les impacts de l'action des Centres Sociaux sur leurs populations ainsi que la dimension spatiale de ceux-ci. Cela conduit à la problématisation suivante : **quel est le rôle des Centres Sociaux comme acteur du bien-vieillir dans les territoires ?**

Pour qualifier les rôles des Centres Sociaux en tant qu'acteur du bien-vieillir, étant donné le choix de se placer dans une approche entre « argumentée » et TNR, il s'agira de comprendre comment les Centres Sociaux se placent dans le champ du bien-vieillir et quelle place leur est donnée par d'autres acteurs. La relation au territoire quant à elle, sera abordée sous différents angles :

- la manière dont le lien des Centres Sociaux avec leur territoire construit leurs positionnements dans le champ du bien-vieillir,
- les nuances qu'il peut y avoir entre territoire et lieux dans la manière dont sont pensés les Centres Sociaux, ainsi que comment ils sont vécus par leurs publics.

Enfin, être un acteur du bien-vieillir suppose d'avoir un impact sur le bien-vieillir des populations ce qui pousse à adopter une démarche proche des géographies du bien-être et des espaces du bien-vieillir.

Chapitre 4 : Méthodologie

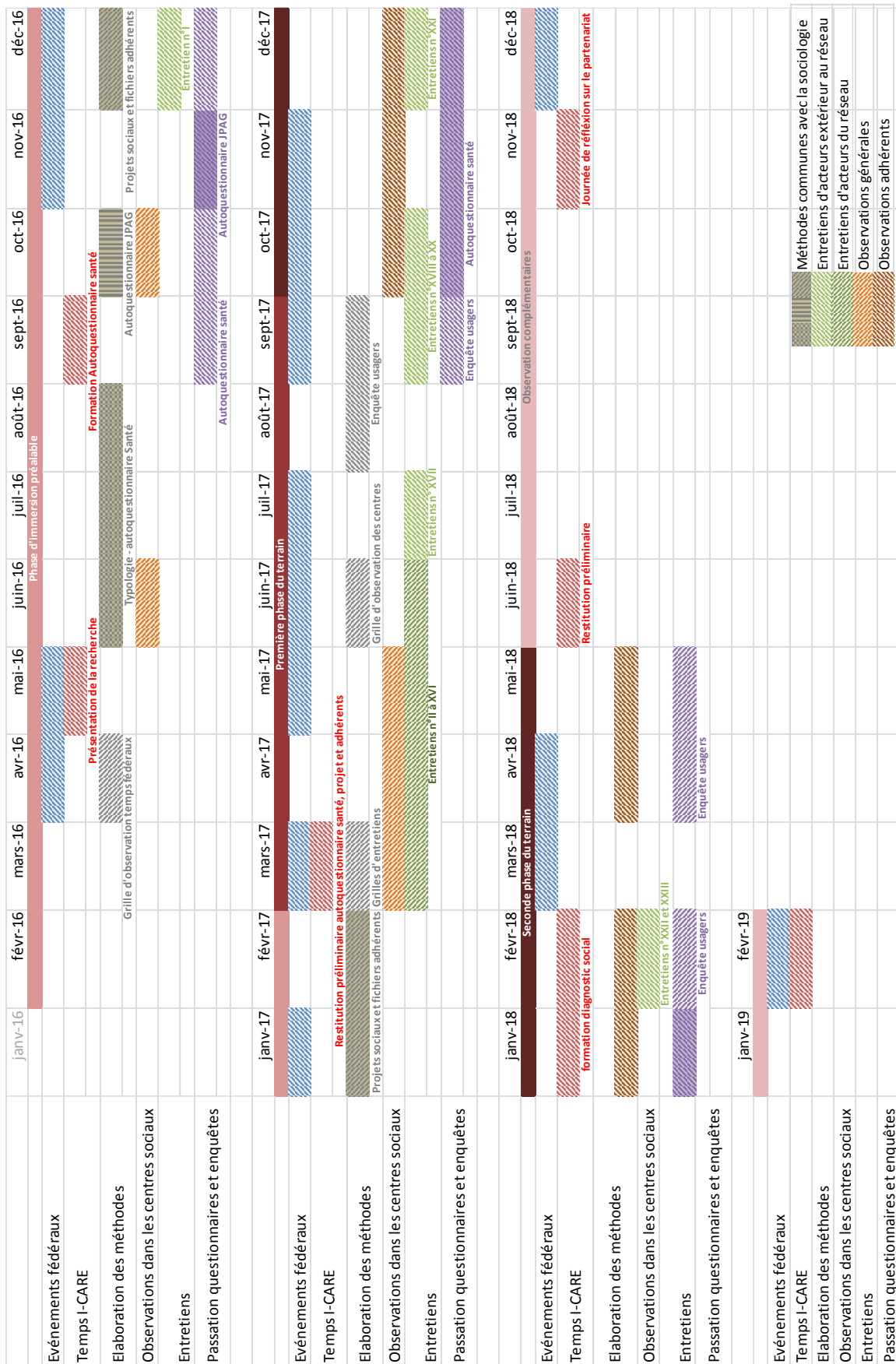
Introduction

L'objectif de ce chapitre est de présenter les différents outils et méthodes mis en place pour répondre à notre problématique : quel est le rôle des Centres Sociaux comme acteur du bien-vieillir dans les territoires? Le processus itératif de cette thèse (voir partie I introduction) articule les réflexions en fonction des 4 axes principaux plus qu'en fonction des méthodes. Un même outil permet donc d'interroger différents axes. Ces axes sont : la question du territoire dans les Centres Sociaux, les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir, bien-vieillir pour les Centres Sociaux et bien-vieillir dans les Centres Sociaux (voir partie I chapitre 3 – 3. Introduction et tableau 10).

L'approche de la thèse, dans son entrée par l'acteur, suppose de mettre en place des méthodes qui, bien que pouvant avoir été conçues *a priori*, s'adaptent et à évoluent au fur et à mesure de l'avancée de travaux. L'analyse de certaines de ces méthodes, leurs succès ou échecs sont des éléments constitutifs de l'orientation des réflexions et au développement d'outils complémentaires. Pour rendre compte de ce mouvement de va-et-vient entre les méthodes, le terrain et les résultats, il faut se pencher sur la chronologie de la recherche. La figure 14 présente le calendrier des méthodes et collectes sur les trois années de la thèse. Il permet de distinguer les trois grandes phases de la recherche : une phase d'immersion préalable et 2 phases de terrain.

La phase d'immersion préalable a été un temps important de la mise en place de la recherche. Elle a permis une appropriation de l'environnement et de ses différentes composantes. Ce temps de conversion aux normes institutionnelles a facilité l'intégration et de fait une meilleure accessibilité au terrain. De plus, ce préalable a rendu réceptif à toutes sources d'informations pour formuler des interrogations qui ne sont pas conditionnées par des représentations ou des discours extérieurs. Ces interrogations naïves sont ensuite précieuses à la déconstruction des discours. Elles ont permis d'interroger ce qui relève de l'évidence pour les acteurs interrogés et de distinguer ce qui tient du discours de ce qui tient de la pratique (Galand et Michel 2019). Ça a été aussi une période de constitution de l'échantillon et de mise en place des méthodes abordant le sujet dans une perspective de chercheur sur le bien-vieillir. La perspective des acteurs a été abordée durant les phases de terrain. Comme cette phase de la recherche a été un temps particulier (**I.4.1.**), elle va être abordée de manière distincte des phases de terrain (**I.4.2.**).

Figure 14 : Calendrier des méthodes et collectes



Réalisation : Juliette Michel 2019

1. Aborder le terrain

Introduction

La phase d’immersion préalable a duré un an, de février 2016 à février 2017. En plus de la prise de contact avec le terrain et l’objet d’étude, cette année avait des objectifs de production dus au calendrier de la recherche I-CARE. Cela a conduit à la mise en place d’outils dès cette phase, notamment l’auto-questionnaire santé-bien-être (SBE). Cette première phase de terrain a été importante pour les données et informations qui en ont émergé que pour les manques et les biais qu’elle a soulignés.

Les principaux objectifs de cette phase ont été la construction d’un panel de Centres Sociaux pour l’étude, la mise en place de la dynamique participative et l’auto-questionnaire santé-bien-être. Cette phase exploratoire a permis de se saisir des données existantes sur les Centres Sociaux : SENACS, des projets sociaux et des fichiers adhérents⁷⁸ et a souligné un aspect mentionné dans le chapitre 1 : la faible documentation disponible sur les Centres Sociaux et la difficulté à trouver de la documentation qui ne soit pas produite par la FCSF ou des militants des Centres Sociaux.

Cette phase préalable est passée par des temps d’observation dans les Centres Sociaux, dans des instances fédérales ou dans des événements extérieurs à ce réseau. Étant donnée la nature non linéaire de cette thèse, les grilles de ces observations sont présentées avec les autres méthodes des phases de terrain (voir I.4.2). Ces observations ont orienté notre regard et nos questionnements pour la suite de la recherche. Elles ont permis de commencer à s’imprégner des codes et des fonctionnements des Centres Sociaux afin de construire un échantillon (**I.4.1.1**) et des questionnaires qui ne soient pas déconnectés des pratiques de terrain (**I.4.2.1**), voir les interrogeant (**I.4.1.2.2**). Une fois le panel constitué, la collecte d’informations et des données s’est concentrée sur les Centres Sociaux retenus. Leurs projets sociaux et fichiers adhérents ont fait l’objet d’analyse spécifique (**I.4.1.3**). C’est sur ces centres que s’est concentrée la mise en place de la démarche participative.

Les méthodes et outils mis en place lors de cette phase préalable ont été construits avec la doctorante en sociologie et les analyses ont été menées de manière conjointe. On retrouve ici le positionnement *geographical gerontology* de cette thèse (voir partie I chapitre 3.1.1). C’est pourquoi, dans ce chapitre, le « nous » se réfère au duo de doctorantes.

⁷⁸ Par adhérents on entend les personnes ayant réglé une adhésion, une contribution au centre social, que ce soit pour la pratique d’une activités particulière ou en tant que bénévole.

1.1. Construire un panel

La région Pays de la Loire comptait 140 Centres Sociaux en 2016. Tous ont des modes de fonctionnements, des activités et des populations qui leur sont propres. Dans la durée de notre étude ne permet pas de réaliser une analyse exhaustive de chacune des structures. C'est pourquoi nous avons réalisé une typologie afin de présenter une étude sur un échantillon représentatif.

La typologie a été élaborée suite à une courte période d'immersion dans des Centres Sociaux afin de pouvoir prendre connaissance du fonctionnement des structures. Le choix des structures faisant l'objet d'observation s'est fait sur la base de deux variables : le mode de gestion (association ou collectivité locale) et le type de territoire (urbain, rural et périurbain). Ces observations de quelques jours (1 à 3 jours par structures) dans 6 centres différents ont permis de se faire une image plus fine que ce que sont les Centres Sociaux. Elles nous ont aussi conduits à choisir de construire notre typologie sur une analyse multivariée : l'approche bi variée retenue en amont pour les immersions ne semblant pas suffisante pour prendre en compte toutes les caractéristiques des Centres Sociaux.

Parmi les différentes méthodes d'analyse multivariée, nous avons utilisé une analyse en correspondance multiple (ACM), qui permet de traiter des variables qualitatives (territoire : quartier, commune, etc.) et quantitatives (nombre de bénévoles, etc.). Dans une population aussi variée que celle des Centres Sociaux, une telle méthodologie a eu pour but de se défaire des particularités de l'individu (un Centre Social) afin de comprendre les dynamiques majeures de notre population (les Centres Sociaux des Pays de la Loire). L'ACM permet de déterminer des proximités entre des modalités de variables différentes ou entre individus. Cela a fait émerger de grands profils de Centres Sociaux à partir des divers critères observés.

Cette analyse s'est faite en deux volets, dissociant les caractéristiques territoriales des caractéristiques des Centres Sociaux. La définition d'un Centre Social montre que l'inscription dans un territoire est un élément central (voir partie I chapitre 1 - 1.2). Néanmoins, il était important de procéder dans un premier temps à cette « déterritorialisation » de façon à obtenir les caractéristiques des structures. Pour conserver l'intégralité des spécificités de chaque centre, la dimension territoriale a été analysée de son côté et les deux typologies ont été croisées lors de l'établissement du panel. La typologie est donc constituée en 2 volets qui permettent de classer les Centres Sociaux et les territoires dans 4 catégories chacun.

1.1.1. Elaboration des variables

1.1.1.a. Pour les Centres Sociaux

Pour réaliser cette typologie des Centres Sociaux, nous avons élaboré une base de données à partir d'informations provenant de l'outil SENACS (système d'échanges national des Centres Sociaux). Constitué comme un « observatoire » des Centres Sociaux en 2011 par la CAF et la FCSF, SENACS est un

recueil d'enquêtes en ligne qui ont pour vocation de mieux connaître les Centres Sociaux présents sur le territoire Français. L'idée est d'encourager les échanges de pratiques et de susciter l'échange et la rencontre entre les différents acteurs (partenaires, élus, etc.) en mettant à leur disposition une base d'informations sur les centres. Cet outil est un inventaire de la totalité des structures agréées Centre Social, fédérées ou non à un réseau de centres (FCSF, Léo Lagrange...). L'enquête SENACS est constituée de 277 questions, regroupées en 6 grandes thématiques : présentation générale, Finance, les actions, les partenariats et leurs modalités, la vitalité démocratique et les emplois.

La typologie repose sur les données de l'enquête 2015 menée auprès des Centres Sociaux des Pays de la Loire en 2014. C'est la première année où les Pays de la Loire ont été intégrés à l'enquête. Par conséquent, nous n'avons pas pu intégrer de dimension temporelle dans nos variables, aussi la durée depuis laquelle le Centre Social propose des actions bien-vieillir n'a pas été prise en compte.

Tableau 11 : Critères retenus pour la typologie des Centres Sociaux

Mode de gestion	La gestion d'un Centre Social peut-être de plusieurs types et caractérise en partie son mode de fonctionnement. Pour obtenir un panel représentatif, il est essentiel d'avoir dans l'échantillon des structures aux modes de gestion différents.
Nombre de collectivités territoriales qui donnent une aide.	Un Centre Social perçoit des financements extérieurs. Parmi ces financeurs, certains peuvent être des collectivités territoriales. Au vu de la dimension territoriale du projet et de ses retombées espérées, cette information semble essentielle. L'implication d'une ou de plusieurs collectivités dans l'activité d'un centre est éloquent.
Nombre de salariés	Un Centre Social fonctionne sur le travail collaboratif de salariés et de bénévoles. Cette caractéristique est au cœur même de sa définition. Ainsi, connaître les moyens humains dont disposent les structures analysées est un indicateur de leur dynamique.
Heures bénévoles	Cette variable vient compléter la précédente. Cependant, le nombre de bénévoles n'étant pas renseigné, nous ne disposons que du nombre d'heures de bénévolat réalisées au cours d'une année.
Instances de gouvernances & habitants	Un Centre Social se veut être un « foyer d'initiatives », un « vecteur de citoyenneté et de cohésion sociale ». Mesurer la place qui est accordée aux habitants dans les instances de gouvernance et de participation du centre, permet de saisir ces enjeux et d'observer d'éventuels écarts en fonction des structures.
Actions Bien-vieillir	La recherche porte sur la problématique de l'avancée en âge. Nous souhaitons alors recueillir des informations en lien direct avec cette démarche. À travers cette question, il est possible d'observer les centres qui se disent agir sur le vieillissement et ceux qui au contraire n'identifient aucune action.
Partenariat Bien-vieillir	Pour compléter cette première information, nous avons sélectionné la variable « partenariat bien-vieillir ». Celle-ci renseigne sur les structures qui ont entrepris des démarches avec des instances expertes, signe d'un intérêt pour la question.
Taille du territoire	La taille du territoire concerne la zone d'action géographique du Centre Social. Celui-ci peut intervenir sur son quartier, sa commune ou l'intercommunalité. Tout comme son mode de gestion, le territoire d'intervention est un indicateur du fonctionnement de la structure. La typologie permettra de déterminer si ces caractéristiques peuvent influencer sur d'autres facteurs. Chacun de ces territoires devra apparaître dans le panel final.

Source : Galand et Michel 2016

Le recours à l'ACM impose de faire un choix parmi toutes les variables de SENACS afin d'établir les profils de Centres Sociaux. Le nombre initial de variables et de modalités est trop conséquent pour ce type de

traitement et pour la lisibilité des résultats. Nous avons donc sélectionné les critères qui nous semblaient les plus pertinents pour la recherche, soit parce qu'ils nous renseignaient sur la problématique traitée, soit parce qu'ils caractérisaient le mode de fonctionnement du Centre Social (voir tableau 11). Sur les 140 Centres Sociaux des Pays de la Loire, 130 présentaient des réponses à toutes les variables retenues. Ce premier écart entre le nombre de Centres Sociaux et le nombre de Centres Sociaux répondant aux questions retenues a été un premier élément d'interrogation quant à la manière dont cette enquête est remplie et donc, *in fine*, sur la représentativité réelle de l'échantillon que nous souhaitons construire.

1.1.1.b. Pour les territoires

Un des enjeux de la typologie des territoires a été le choix de l'échelle de comparaison. Puisque les territoires d'agrément des Centres Sociaux vont du quartier (pouvant couvrir un à plusieurs IRIS) à une intercommunalité d'une dizaine de communes, quel découpage territorial devons-nous prendre en compte? Le choix a été fait de se caler sur le niveau intermédiaire, c'est-à-dire la commune. Ce qui constitue une limite importante de la construction de cette typologie.

Tableau 12 : Critères retenus pour la typologie des territoires

Indicateur	Justification	Construction	Sources
Démographie	l'étude portant sur le « bien-vieillir », il semble crucial de garder une dimension démographique, notamment illustrant la répartition des classes d'âges	L'indice de vieillissement est un indice démographique qui exprime le taux de la population âgée (plus de 60 ans) par rapport à la population jeune (moins de 20 ans). Utiliser cet indice permet de supprimer les écarts de valeurs brutes de populations dus à la taille des communes.	Recensement général de la population 2012 (INSEE)
Structure socio-professionnelle.	Cela permet de caractériser la population et d'en déduire des informations sur le niveau de vie et les classes sociales.	Pour des raisons de pertinence et de lisibilité des résultats, nous n'avons pas conservé les 6 catégories socioprofessionnelles. Nous choisissons de n'en garder que 2. On conserve Ouvriers et Cadres et professions intellectuelles supérieures qui caractérisent deux classes socioprofessionnelles bien distinctes.	Recensement général de la population 2012 (INSEE)
Niveau de diplôme.	Permet de faire le lien avec les CSP présentes sur le territoire et qui est un indice de classe sociale	Comme précédemment on ne conserve que les extrêmes, ici sans diplôme et diplôme universitaire	Recensement général de la population 2012 (INSEE)
Le niveau d'équipement.	Illustre une certaine fracture, une inégalité territoriale entre des communes bénéficiant de tous les équipements et d'autres, généralement isolées où les services sont absents.	Nous avons choisi de nous intéresser à deux types d'équipements : les équipements de services aux particuliers et les établissements de santé	Base permanente des équipements 2015 (INSEE) ; répertoire FINESS (2016)
Type de territoire.	Il semble évident que le « type » de commune, urbaine ou rurale, est un facteur important à prendre en compte	on se rapporte au découpage des communes en unités urbaines de l'INSEE.	Base des unités urbaines, INSEE (2010)

Sources : Galand et Michel 2016; INSEE 2012, 2015; FINESS 2016; INSEE 2010.

Pour les besoins de l'étude, nous avons sélectionné des indicateurs tant sur les communes que sur leurs populations elles-mêmes. Ces indicateurs ont été construits de manière différente et sont issus de différentes sources (voir tableau 12).

1.1.2. Définir l'échantillon

1.1.2.a. Les catégories

Les résultats de l'ACM, notamment les tableaux de valeurs propres, sont présentés par les tableaux 13 & 14.

Tableau 13 : Tableaux des valeurs propres des ACM

Pour les centres sociaux				Pour les communes			
Axes	Valeur propre	% expliqué	% cumulé	Axes	Valeurs propres	% expliqué	% cumulé
1	0,358041	13,43%	13,43%	1	0,383147	14,60%	14,60%
2	0,269356	10,10%	23,53%	2	0,285917	10,89%	25,49%
3	0,248191	9,31%	32,83%	3	0,268242	10,22%	35,71%
4	0,210292	7,89%	40,72%	4	0,209787	7,99%	43,70%
5	0,192846	7,23%	47,95%	5	0,191402	7,29%	50,99%
6	0,185762	6,97%	54,92%	6	0,167985	6,40%	57,39%
7	0,173733	6,51%	61,43%	7	0,152862	5,82%	63,21%

L'analyse propose plus d'axes, mais sur les suggestions du logiciels utilisé, on retient une maximisation des liens avec une césure statistique de 61 % - voir annexe 1

Sources : Galand et Michel 2016

Ces résultats ont été traités par classification ascendante hiérarchique (CAH) (les dendrogrammes de la CAH figurent en annexe 1). La CAH est une méthode de classification par association successive des individus par degré de similitude croissant. Cette méthode crée des partitions binaires successives pour arriver à chaque individu. Cela a dégagé des groupes d'individus qui deviendront nos catégories. Elles sont alors des groupes de tendance, associant des individus partageant plus de caractéristiques entre eux qu'avec le reste de la population.

Tableau 14 : Tableaux des valeurs propres par modalités

Tableau des valeurs propres : les Centres Sociaux

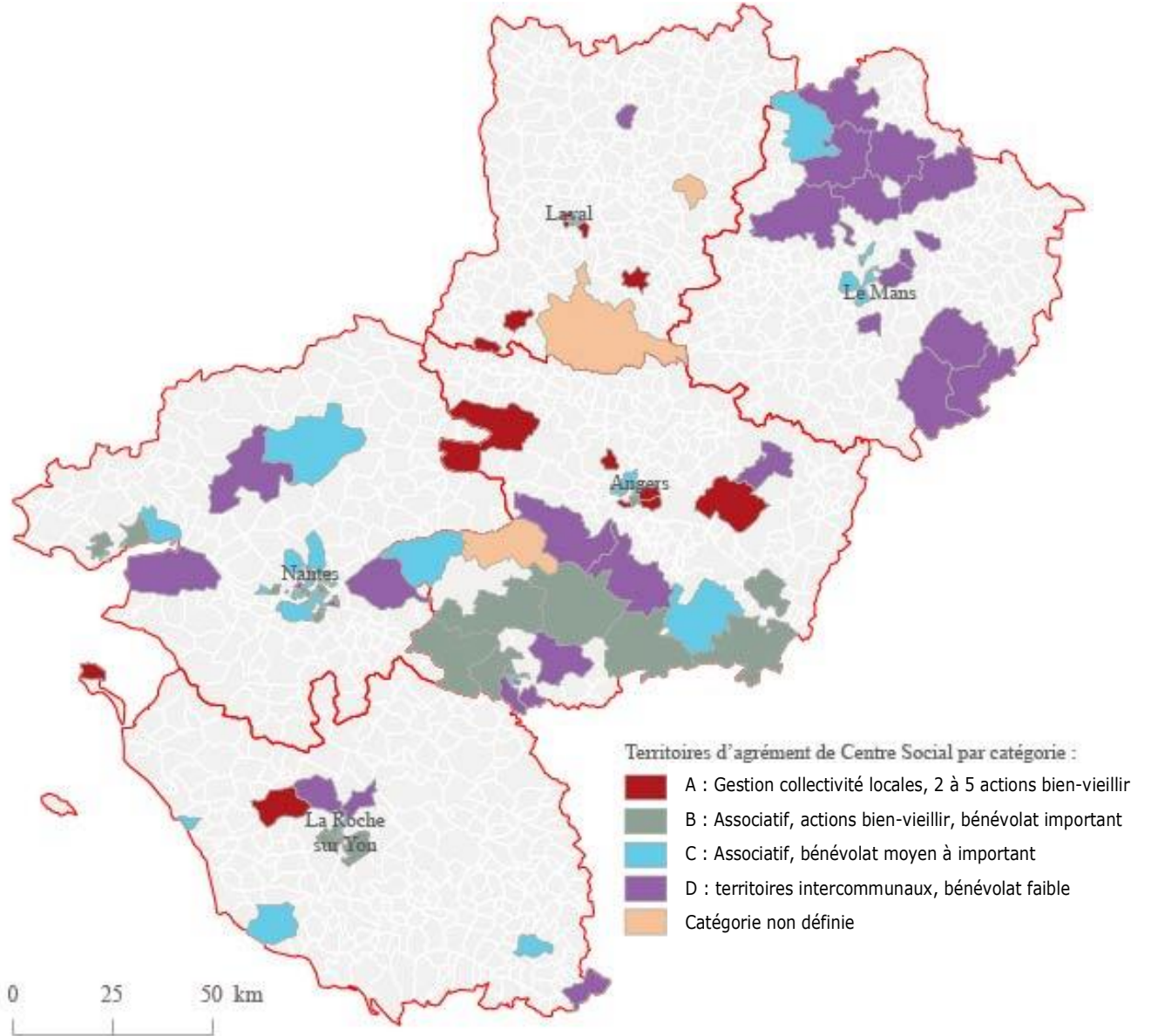
Variables actives	effectifs	distance au carré	Composantes principales			CTR (%)			corrélation			Test-Value		
			axe 1	axe 2	axe 3	axe 1	axe 2	axe 3	axe 1	axe 2	axe 3	axe 1	axe 2	axe 3
Mode de gestion	Association	106	-0,36809	0,1062	0,0367	5,143	0,569	0,074	-0,77	0,22	0,08	-8,786	2,535	0,876
	CL	19	1,86438	-0,22775	-0,53106	23,648	0,469	2,768	0,77	-0,09	-0,22	8,761	-1,07	-2,495
	AUTRE	5	0,71891	-1,38595	1,24002	0,925	4,571	3,971	0,14	-0,28	0,25	1,633	-3,148	2,817
Nombre de collectivité domnant une aide	CT3	42	-0,38807	0,27643	-0,51752	2,265	1,528	5,811	-0,27	0,19	-0,36	-3,045	2,169	-4,061
	CT2	64	-0,18134	-0,35958	0,43791	0,754	3,939	6,34	-0,18	-0,35	0,43	-2,028	-4,022	4,898
	CT4	13	0,13674	1,69142	0,1663	0,087	17,702	0,186	0,04	0,56	0,05	0,518	6,404	0,63
	CT1	11	2,37518	-0,96233	-0,7684	22,221	4,849	3,355	0,72	-0,29	-0,23	8,202	-3,323	-2,653
Heures bénévoles	HB	53	-0,36748	-0,067	0,56548	2,563	0,113	8,754	-0,30	-0,05	0,47	-3,463	-0,631	5,328
	HB-	54	0,77586	0,26296	-0,00339	11,639	1,777	0	0,65	0,22	0,00	7,428	2,518	-0,032
	HB+	23	-0,97478	-0,46301	-1,2951	7,825	2,347	19,927	-0,45	-0,21	-0,60	-5,133	-2,438	-6,82
Taille du territoire d'intervention	QUART	74	-0,22887	-0,48047	-0,04752	1,388	8,131	0,086	-0,26	-0,55	-0,05	-2,988	-6,273	-0,62
	INTERCO	28	0,0608	1,37228	-0,44603	0,037	25,097	2,877	0,03	0,72	-0,23	0,362	8,166	-2,654
	COM	28	0,54407	-0,10247	0,57161	2,968	0,14	4,726	0,28	-0,05	0,30	3,238	-0,61	3,402
Instances de gouvernances et habitants associés	GP4	57	-0,15777	0,05881	0,54449	0,508	0,094	8,729	-0,14	0,05	0,48	-1,583	0,59	5,465
	GP5	24	-0,65763	-0,14592	-1,34187	3,717	0,243	22,323	-0,31	-0,07	-0,64	-3,554	-0,789	-7,252
	GP2	42	0,67986	-0,09734	0,04615	6,951	0,189	0,046	0,47	-0,07	0,03	5,335	-0,764	0,362
	GP3	5	-0,9816	-0,78826	0,11857	1,725	1,479	0,036	-0,20	-0,16	0,03	-2,23	-1,791	0,269
	GP1	2	0,56488	4,08992	-0,68124	0,229	15,924	0,479	0,07	0,51	-0,08	0,802	5,807	-0,967
Actions bien vieillir	BV2	82	-0,03925	-0,29907	-0,16846	0,045	3,491	1,202	-0,05	-0,39	-0,22	-0,583	-4,44	-2,501
	BV0	26	-0,43844	0,55214	0,67757	1,79	3,773	6,166	-0,22	0,28	0,34	-2,49	3,136	3,848
	BV1	16	0,59736	0,68121	0,07102	2,044	3,534	0,042	0,22	0,25	0,03	2,542	2,899	0,302
	BV3	6	0,84337	-0,12193	-0,82323	1,528	0,042	2,1	0,18	-0,03	-0,18	2,107	-0,305	-2,057

Tableau des valeurs propres : les communes

VARIABLE ACTIVES	EFFECTIFS	DISTANCES C	COMPOSANTE PRINCIPALES			CONTRIBUTIONS			CORRELATIONS			VALEURS TEST		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
DUNIV	20	2,7	0,56194	0,14669	0,44427	2,784	0,254	2,486	0,34	0,08	0,27	2,922	0,763	2,31
DUNIV-	13	4,6923	0,64453	0,77946	-0,40152	2,381	4,666	1,32	0,29	0,35	-0,18	2,542	3,074	-1,584
DUNIV++	13	4,6923	-1,63953	0,49362	-0,76353	15,406	1,871	4,773	-0,75	0,22	-0,35	-6,467	1,947	-3,012
DUNIV+	26	1,8462	-0,06317	-0,90496	0,20933	0,046	12,58	0,717	-0,04	-0,66	0,15	-0,397	-5,691	1,316
DUNIV--	2	36	1,66925	2,02256	0,40882	2,457	4,834	0,21	0,27	0,33	0,07	2,377	2,88	0,582
AUCDIP+	19	2,8947	0,27533	-0,76155	-0,78486	0,635	6,51	7,37	0,16	-0,44	-0,46	1,383	-3,824	-3,941
AUCDIP++	17	3,3529	1,00546	0,91411	-0,28674	7,577	8,392	0,88	0,54	0,49	-0,15	4,692	4,265	-1,338
AUCDIP-	31	1,3871	-0,26256	-0,30256	0,62405	0,942	1,677	7,602	-0,22	-0,25	0,53	-1,905	-2,195	4,527
AUCDIP--	7	9,5714	-2,02639	1,18701	0,06303	12,672	5,827	0,018	-0,65	0,38	0	-5,596	3,278	0,174
PROF-	32	1,3125	0,69404	0,53303	-0,36064	6,796	5,372	2,621	0,60	0,50	-0,31	5,176	3,975	-2,69
PROF++	20	2,7	-1,25746	0,03616	-0,05971	13,942	0,015	0,045	-0,76	0	-0,03	-6,538	0,188	-0,31
PROF+	22	2,3636	0,13364	-0,8082	0,57884	0,173	8,49	4,642	0,08	-0,52	0,37	0,743	-4,491	3,217
OUV+	17	3,3529	0,55763	0,43864	0,61053	2,331	1,932	3,99	0,30	0,23	0,33	2,602	2,047	2,849
OUV-	48	0,5417	0,10424	-0,37	-0,04967	0,23	3,882	0,075	0,14	-0,5	-0,07	1,21	-4,295	-0,577
OUV--	9	7,2222	-1,60927	1,14481	-0,88835	10,276	6,969	4,473	-0,59	0,42	-0,33	-5,116	3,64	-2,824
EQU	4	17,5	0,31254	-1,41808	-0,45488	0,172	4,752	0,521	0,07	-0,33	-0,10	0,638	-2,896	-0,929
JEUN	27	1,7407	0,56513	0,5719	0,14474	3,802	5,217	0,356	0,42	0,43	0,10	3,66	3,704	0,937
JEUN+	38	0,9474	-0,43659	-0,10373	0,17126	3,193	0,242	0,702	-0,44	-0,10	0,17	-3,832	-0,911	1,503
VIEUX	3	23,6667	0,27514	-1,46972	-1,53008	0,1	3,829	4,423	0,05	0,30	-0,31	-0,483	-2,581	-2,687
VIEUX+	2	36	-0,37187	-0,7091	-2,00318	0,122	0,594	5,054	-0,06	-0,11	-0,33	-0,53	-1,01	-2,853
SERVHOSP2	3	0,0423	0,01003	-0,01212	-0,12548	0,003	0,006	0,704	0,04	-0,05	-0,61	0,417	-0,504	-5,215
SERVHOSP1	71	23,6667	-0,23749	0,28688	2,96958	0,075	0,146	16,66	-0,04	0,05	0,61	-0,417	0,504	5,215
SERV PUB0	20	2,7	-0,09663	-0,13633	0,97271	0,082	0,22	11,917	-0,05	-0,08	0,59	-0,502	-0,709	5,058
SERV PUB1	17	3,3529	-0,50737	0,27531	-0,11016	1,929	0,761	0,13	-0,27	0,15	-0,06	-2,367	1,285	-0,514
SERV PUB2	37	1	0,28535	-0,0528	-0,47518	1,328	0,061	5,261	0,28	-0,05	-0,47	2,438	-0,451	-4,06
VILLE ISOLEE	25	1,96	0,41677	-0,52766	-0,33438	1,914	4,112	1,76	0,29	-0,37	-0,23	2,543	-3,22	-2,041
BANLIEUE	21	2,5238	-0,86092	0,18892	0,50712	6,862	0,443	3,401	-0,54	0,11	0,31	-4,63	1,016	2,727
CENTRE	18	3,1111	0,07862	-0,0615	-0,57664	0,049	0,04	3,769	0,04	-0,03	-0,32	0,381	-0,298	-2,793
TYP_INS RURAL	10	6,4	0,6245	1,03311	0,80896	1,719	6,306	4,121	0,24	0,40	0,31	2,109	3,489	2,732

1.1.2.a.i Les Centres Sociaux

Carte 14 : Répartition des Centres Sociaux des Pays de la Loire suivant leurs catégories.



Sources : IGN GeoFLA 2016, Galand et Michal (2016)
Réalisation : J.Michal 2018.

Pour les catégories de Centres Sociaux, l'analyse a permis de dégager 4 grands groupes (voir carte 14) :

- Le Groupe « A » (14 %) correspond à des centres gérés par des collectivités locales sur des territoires communaux. Ces Centres Sociaux proposent entre 2 à 5 types d'action « Bien-vieillir ». Cependant, ils présentent un quota d'heures bénévoles peu élevé⁷⁹.
- Le Groupe « B » (22 %) est globalement composé de Centres Sociaux associatifs dont la participation et l'association des habitants à la gouvernance sont moyennes à élevées (Plus de 29 individus). On y trouve un nombre d'heures bénévoles important⁸ et plus de 2 types d'actions « Bien-vieillir ».
- Le Groupe « C » (36 %) a plus ou moins les mêmes caractéristiques que le groupe B. cependant, les heures bénévoles sont moins importantes. Ce sont des structures qui ne se caractérisent pas par leurs actions « Bien-vieillir » (bien qu'il puisse y en avoir).
- Le Groupe « D » (21 %) se compose de Centres Sociaux à territoire intercommunal financés par plusieurs collectivités territoriales avec un montant d'heures de bénévolat bas.

1.1.2.a.ii Les territoires

La construction des catégories de territoire s'est d'abord faite à l'échelle régionale. Les résultats dégageaient 4 grandes catégories de communes sur la région, mais 120 des 140 Centres Sociaux se retrouvaient sur une seule catégorie. C'est un résultat important, car il montre l'inégalité de la répartition territoriale des Centres Sociaux, qui se concentrent principalement sur des espaces urbains (voir partie I chapitre 1 – 2.1.1). Nous avons refait une analyse, cette fois en se concentrant uniquement sur les communes d'implantation de Centres Sociaux afin d'affiner la typologie.

L'étude des résultats de la CAH indiquait que la catégorie 1 regroupait des territoires ruraux, des jeunes et des ouvriers. Cela suppose du rural agricole et/ou des territoires avec une dominante socioprofessionnelle dans la tranche inférieure. La catégorie 2 présentait des professions intellectuelles supérieures aux diplômes élevés avec une population jeune, ce qui indiquait des territoires urbains voir métropolitains. La catégorie 3 regroupait des villes isolées, bien équipées en termes de services publics, mais principalement composés d'une population âgée ce qui fait supposer des villes secondaires et/ou avec une forte population de retraités. La catégorie 4 montrait peu de non-diplômés, mais beaucoup de professions intellectuelles supérieures et des territoires avec peu de services publics et hospitaliers soit des territoires de couronnes urbaines et des classes moyennes. La lecture de la carte 15 nous permet de confirmer ces interprétations.

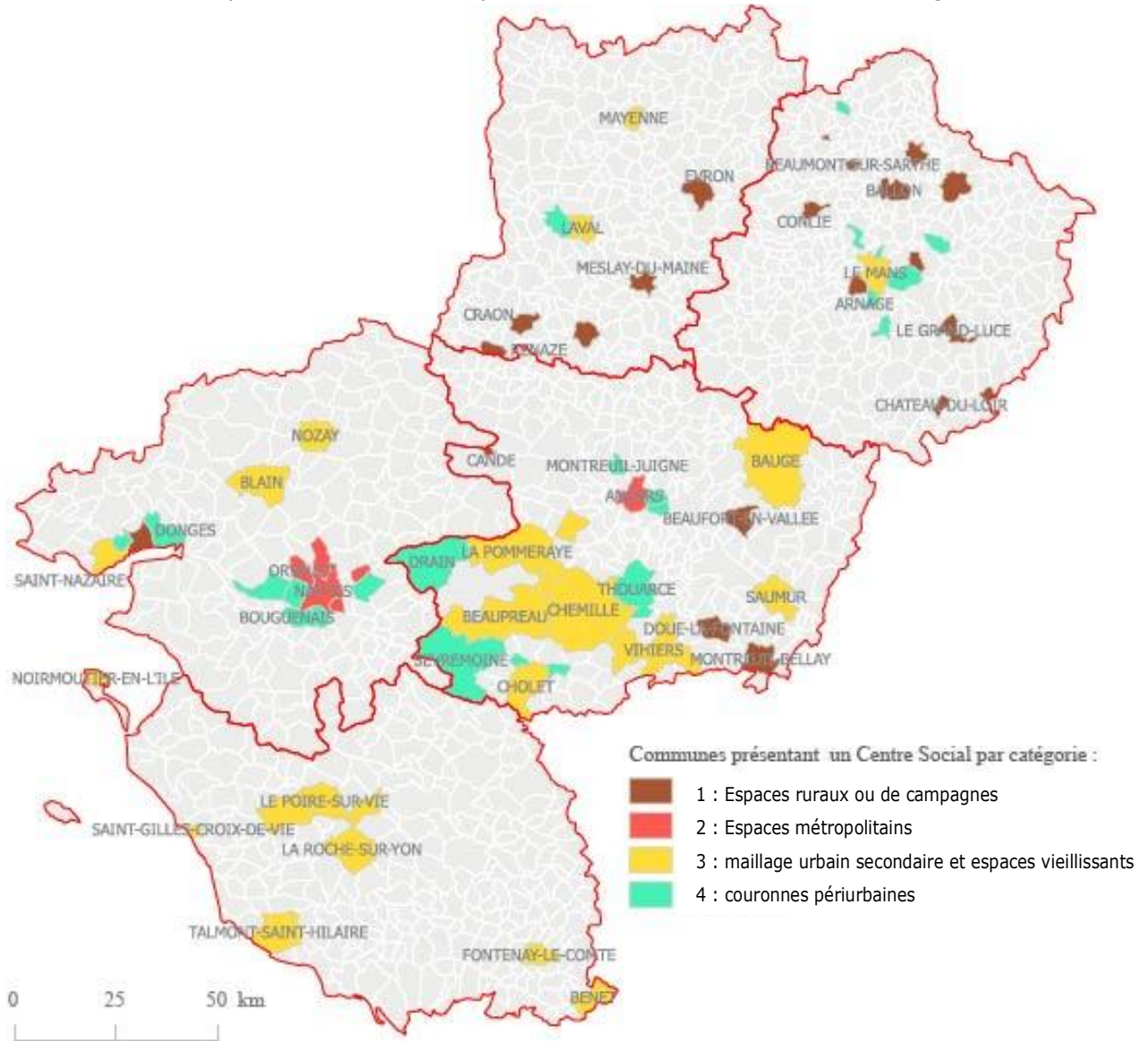
Nous avons obtenu les 4 catégories suivantes :

- Les catégories 1 (27 %) sont situées dans des espaces ruraux ou de campagne.

⁷⁹ Les estimations « hautes » « basses », etc. se font par rapport à la valeur moyenne de la variable pour la totalité des Centres Sociaux des Pays de la Loire

- Les catégories 2 (8,1 %) sont concentrées sur les deux espaces métropolitains de Nantes et Angers.
- Les catégories 3 (33,8 %) se retrouvent sur le maillage urbain secondaire et les espaces « vieillissants » en Vendée.
- Les catégories 4 (31,1 %) sont situées dans les couronnes périurbaines de Nantes et Angers.

Carte 15 : Répartition des communes présentant un Centre Social selon leurs catégories



Sources : IGN GeoFLA 2016; Galand et Michal (2016)
 Réalisation : F. Michal 2018

1.1.3.b. Le panel

À partir de ces catégories, nous avons construit un panel de 16 Centres Sociaux. Cette sélection s'est faite en combinant le souci de représentativité et la démarche volontaire des Centres Sociaux. Deux journées ont été organisées en mai 2016 afin de présenter la recherche aux Centres Sociaux intéressés. Elles ont permis d'avoir un premier contact avec les Centres Sociaux, contact mis à profit par la suite afin

de démarcher les centres pouvant nous accueillir pour les premières immersions. Cela avait également pour but de présenter ce que supposait l'engagement des structures dans la démarche de la recherche. La durée des thèses et du projet I-CARE en général n'est pas une temporalité habituelle pour les Centres Sociaux et s'engager sur une durée de 3 ans supposait des dispositions particulières. Ces dispositions, stipulées dans un contrat d'engagement entre l'équipe de la recherche et le Centre Social (voir annexe 2), reposaient sur une dynamique de réciprocité. Le Centre Social s'engageait sur la durée du projet, en contrepartie il était invité à des temps de restitution annuels, associé au développement de certaines méthodes, etc.

Suite à ces journées, les Centres Sociaux fédérés des Pays de la Loire ont été invités à déclarer leur intérêt pour la recherche. Si les temps de présentation de la recherche et la déclaration d'intérêt ciblaient les Centres Sociaux fédérés, il n'a jamais été question de ne pas prendre en compte tous les Centres Sociaux de la région. La typologie porte d'ailleurs sur les 140 Centres Sociaux des Pays de la Loire et non les 72 centres fédérés. Il a été considéré en priorité les Centres Sociaux ayant déclaré un intérêt pour la recherche et les Centres Sociaux fédérés. Tous les Centres Sociaux ayant déclaré leur intérêt n'ont pas été retenus et tous les centres retenus n'ont pas déclaré leur intérêt. Pour ces derniers, qui correspondaient au profil recherché par la typologie, il a été nécessaire d'aller leur présenter la démarche et l'engagement que cela suppose. Tous les Centres Sociaux de notre échantillon sont fédérés à la FCSF, aucune des catégories de la typologie ne présentant que des structures non fédérées.

Dans la sélection du panel, nous avons veillé à ce que tous les départements de la région soient représentés (proportionnellement au nombre de centres dans chacun d'eux, d'où le nombre important de centres en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire - voir tableau 15). On obtenait un panel de 17 centres, avec un doublon pour le profil 3/C. Il nous semblait important d'avoir le CLEP (centre lavallois d'éducation populaire) dans l'échantillon, car il est le seul Centre Social implanté dans un centre-ville de la région. L'Union Régionale estimait important d'avoir un centre du Choletais en raison de l'histoire des Centres Sociaux dans la région (voir partie I chapitre 1 - 2.2). Cet échantillon est finalement descendu à 16 centres, le centre sélectionné correspondant au profil 2/D, traversant une crise de direction, ayant préféré se désengager de la démarche.

Tableau 15 : Récapitulatif des centres du Panel ⁸⁰

Nom du centre social	Gestion	Taille du territoire	Commune d'implémentation	Catégorie de centre	Catégorie de commune	Département
Espace socioculturel du Candéen	Syndicat à vocation unique	6 communes*	Candée	A	1	49
Centre social de Thouaré-sur-Loire*	Commune	1 commune	Thouaré-sur-Loire	A	2	44
Espace Grain de Sel	Commune	1 commune	Noirmoutier	A	3	85
Espace de solidarité Nelson Mandela	Commune	1 commune	Montreuil-Juigné	A	4	49
Centre social Roland Charier	Association	13 communes	Montreuil-Bellay	B	1	49
Centre social La Fontaine	Association	2 IRIS	St Sébastien sur Loire	B	2	44
Maison de quartier Pont Morineau	Association	5 IRIS	La Roche sur Yon	B	3	85
Centre social Indigo	Association	10 communes*	St-Macaire en Mauges*	B	4	49
Centre social du Douessin	Association	11 communes	Doué la Fontaine	C	1	49
Centre social de l'Allée Verte	Association	4 IRIS	St Sébastien sur Loire	C	2	44
Centre Lavalais d'éducation populaire	Association	6 IRIS	Laval	C	3	53
Centre social Horizon	Association	2 IRIS	Cholet	C	3	49
Office socioculturel de Donges	Association	1 commune	Donges	C	4	44
Centre social Loir et Bercé	Intercommunalité	12 communes*	Château-du-Loir*	D	1	72
Centre Socioculturel Le Kiosque	Association	1 commune	Benet	D	3	85
Centre socioculturel Loire Divatte	Association	5 communes	St Julien de Concelles	D	4	44

Réalisation : Juliette Michel 2019

1.2. Les auto-questionnaires

La phase préalable a été marquée par la mise en place de deux outils recourant la même méthode : les auto-questionnaires. Ces deux questionnaires ont été mis en place pour se saisir d'une opportunité : l'auto-questionnaire santé – bien-être (SBE) correspond à une opportunité partenariale, le second, l'auto-questionnaire sur la pratique professionnelle (JPAG) correspond à une opportunité du réseau.

1.2.1. L'auto-questionnaire santé – bien être

Le premier outil mis en place suite à la construction du panel est l'auto-questionnaire santé-bien-être. Soulignons qu'il s'agit du premier outil mis en place, car cela vient éclairer certaines limites et biais qu'il comporte. Les premières immersions avaient permis d'avoir une image plus claire de la pratique des Centres Sociaux et de commencer à réinterroger le discours par rapport à la pratique. Certaines formulations de l'auto-questionnaire révèlent que l'émancipation des discours n'était pas encore tout à fait aboutie.

Il était important de mettre en place cet outil assez tôt dans la démarche pour plusieurs raisons. La première est la temporalité du projet. Afin de pouvoir faire un retour annuel aux Centres Sociaux impliqués dans la démarche, il était nécessaire de mettre en place certains outils et méthodes dès la première année. La seconde raison, plus importante, était le choix de la passation de ce questionnaire en 2 vagues. On cherchait à mesurer l'impact de l'inscription dans un Centre Social sur les personnes de plus de 60 ans. L'auto-questionnaire SBE ciblait donc les personnes de plus de 60 ans s'inscrivant pour la première fois dans le Centre Social. Un questionnaire leur était passé une première fois afin d'avoir une base et une seconde fois, un an plus tard, pour évaluer de l'évolution des différentes variables. L'échantillon de répondants aux deux vagues reste le même.

⁸⁰ Les (*) signale des changements dû à l'évolution du découpage communale (fusion de commune en commune nouvelles, changement de nom, etc.), ou du périmètre de l'agrément

1.2.1.a. Un questionnaire pluridisciplinaire

En plus d'être un outil commun à la sociologie et à la géographie, cet auto-questionnaire est le fruit d'une collaboration avec le GÉrontopôle maison de l'autonomie et de la longévité des Pays de la Loire. Le GÉrontopôle des Pays de la Loire a été partie prenante dès l'origine du projet I-CARE. L'Union régionale des Centres Sociaux et le GÉrontopôle ont organisé, depuis 2010, des rencontres et des colloques entre différents acteurs de l'accompagnement du vieillissement. Cette collaboration a contribué à une meilleure interconnaissance entre les acteurs sociaux, les acteurs du soin et de la santé, les organismes paritaires...

Poursuivant cette coopération, les acteurs du GÉrontopôle ont construit ce questionnaire avec l'équipe du projet I-CARE. Prenant en compte la dimension pluridisciplinaire de cette recherche, ce support avait pour objet de recueillir des informations pertinentes au regard des attentes de chacun. Le questionnaire a été composé de 37 questions, structurées en 4 blocs : informations générales, l'avancée en âge, engagement et lien social, santé et bien-être (voir annexe 3). Ceux-ci permettent d'interroger différents aspects pertinents pour les différentes disciplines :

- Pour la sociologie : déterminer le profil et le rapport au vieillissement de ces individus via, entre autres, la trajectoire sociale : indicateurs de classe sociale (niveau de vie) ; trajectoire scolaire/professionnelle (diplôme ; CSP) antécédents d'un parcours militant/engagement ; indicateurs de capital social (réseaux sociaux)...
- Pour la médecine : déterminer l'état de santé par des critères de gériatrie : analyse des pathologies du vieillissement, indicateurs de fragilités (physiques, psychiques, environnementaux, sociaux), vieillissement actif (participation), indicateurs du « phénomène de cascade »...
- Pour la géographie : qualifier les espaces de bien-être, comprendre le rapport au territoire (voir I.4.1.2.3)

Les différentes versions du questionnaire ont fait l'objet de tests auprès d'adhérents des Centres Sociaux âgés de 60 ans et plus et de discussions avec des professionnels des Centres Sociaux du panel. Cela a amené à une modification de sa forme. Dans les premiers temps, l'outil était principalement un outil du GÉrontopôle, qui proposait une analyse de l'évolution des individus sur une échelle globale de qualité de vie (EQ-5D). L'ajout de questions sociogéographiques et le retour des questionnaires tests ont conduit à modifier cette grille : suppression du test de l'horloge⁸¹, formulation des questions à la 1^{re} personne pour faciliter l'implication, etc.

⁸¹ Le test de l'horloge est un outil de détection de difficultés psychométriques évaluant plusieurs fonctions cognitives : fonction visuo-spatiale, exécutives etc. Il est utilisé pour le dépistage de certains troubles neurocognitifs comme la maladie d'Alzheimer. Il consiste à faire dessiner sur une feuille blanche le cadran d'une horloge, de placer les chiffres indiquant les heures puis d'indiquer 11 heures 10 minutes (INESSS, 2015).

Ces modifications ont fait l'objet de nombreuses discussions, car supposant un changement dans la manière de traiter les résultats et donc le volume horaire à financer. Il avait été établi, à la conception du questionnaire que les doctorantes du projet I-CARE traiteraient des aspects socioterritoriaux et que le Gérontopôle prendrait en charge la partie santé. Après la validation du questionnaire par le comité scientifique de la recherche (voir annexe 4) et suite à une interpellation de la CNSA lors de sa demande de financement du dispositif, le Gérontopôle s'est désengagé de la démarche. Nous ne savons pas exactement les raisons et/ou les contenus de cette interpellation, mais cette dernière illustre le poids de la demande d'un financement dans la structuration des partenariats, leur pérennité et les contenus des démarches mises en place. Aujourd'hui, les modalités de traitement de la partie santé ne sont toujours pas fixées.

1.2.1.b. Les référents

L'auto-questionnaire permet d'avoir un nombre plus important de répondants et de diminuer les biais liés à la présence d'un tiers. Néanmoins, cela suppose que la personne sache lire et écrire et cela augmente les risques d'incompréhension des questions. C'est pourquoi nous avons opté pour la mise en place d'un référent dans les Centres Sociaux. Les référents, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, ont été désignés par les Centres Sociaux pour faire le lien entre la structure et la recherche. Dans le cadre de la passation des auto-questionnaires, cela supposait un rôle d'accompagnement des répondants si ceux-ci en exprimaient le besoin.

Les référents ont été formés à la passation de ce questionnaire au cours de deux demi-journées en septembre 2016. Celles-ci avaient pour but de leur présenter le questionnaire, d'en expliquer le sens et les objectifs des questions et de souligner le besoin d'avoir des hommes et des plus de 75 ans parmi les répondants.

Figure 15: Auto-questionnaire SBE question n°11 : revenu

11- Le revenu mensuel de **mon ménage** est de : *(toutes ressources confondues)*

Moins de 500€	<input type="checkbox"/>
De 500€ à 1000€	<input type="checkbox"/>
De 1000€ à 1500€	<input type="checkbox"/>
1500€ à 2000€	<input type="checkbox"/>
2000€ à 2500€	<input type="checkbox"/>
Plus de 2500€	<input type="checkbox"/>

Elles ont été l'occasion de retoucher des derniers points sur les questionnaires et de répondre à leurs appréhensions. Ces temps d'échanges, les premiers avec les Centres Sociaux du panel, ont permis de mettre au jour des réticences à la collecte de certaines données, réticences qui seront confirmées par la suite, notamment avec l'étude des fichiers adhérents (voir I.4.1.3.2). La question du revenu était parmi les données sujettes à défiance. La question n° 11 de l'auto-questionnaire « *Le revenu mensuel de mon ménage est de* » a été l'objet de nombreux remaniements, passant d'une question ouverte à une

question fermée présentant des fourchettes de revenus (voir figure 15), ainsi que de discussions, la question étant jugée trop intrusive.

La reformulation de la question illustre en quoi, au moment de la mise en place de l'auto-questionnaire, nous n'étions pas encore émancipées des représentations des Centres Sociaux. Les Centres Sociaux se présentent comme portant « *une attention particulière aux publics vulnérables* » (Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire 2015), aspect qui nous a été présenté dans les Centres Sociaux observés (entre autres avec la dégression tarifaire basée sur le quotient familial) et lors des échanges avec les professionnels et les référents. C'est pourquoi, au moment de construire les fourchettes de revenu, nous n'avons pas cherché à avoir plus de détails au-delà de plus de 2500 € par mois. Nous avons été amenées à réinterroger cette vision du Centre Social avec le traitement de la première vague de l'auto-questionnaire, les observations ou encore les fichiers adhérents.

La seconde réticence qui a de l'importance pour la suite de nos réflexions concerne le fait d'aborder des questions relatives à la santé. Cette réticence s'est principalement exprimée sur les questions de la section santé – bien-être qui comprenait la reformulation des questions du Gérontopôle. Les questions ont été jugées comme intrusives, délicates à poser et pouvant mettre le professionnel dans une position inconfortable. La « frilosité » des Centres Sociaux à aborder des questions de santé est un point important de notre analyse (voir partie II chapitre 5 – 2.2.1).

1.2.1.c. Interroger les espaces de Bien-être

De nombreuses revues de littérature sur le bien-vieillir et le *Successful Aging* (Gangbè et Ducharme 2006 ; Martineau et Plard 2018) insistent sur la multiplicité des dimensions qui les composent. Une évaluation, qu'il s'agisse du bien-être ou du Bien-vieillir, doit intégrer des dimensions individuelles et collectives, des aspects de santé physique et morale et l'inscription dans un espace favorable. Plus que l'addition d'indicateurs prédéfinis, il s'agit de sélectionner des indicateurs adaptés au contexte (géographie) et à la population (cible) et de les utiliser dans un cadre opérationnel (Fleuret et Michel 2019).

Il a été choisi de se baser sur les géographies du bien-être et notamment le cadre proposé par Sébastien Fleuret & Sarah Atkinson (2007) (voir partie I chapitre 3 – 3.2) pour la dimension géographie du questionnaire. L'idée de ce cadre n'est pas de proposer une liste d'indicateurs, mais une caractérisation d'un espace de bien-être autour de 4 dimensions jugées plus ou moins propices à l'épanouissement :

- Les espaces de capacités au travers des interactions entre les espaces sociaux et physiques dans le développement de la réalisation personnelle
 - o exemple de question : *sur une échelle de 1 à 10, j'estime que mon environnement est adapté à mes besoins ; ; je me projette et/ou fais des projets sur (durée) ; Dans mon quartier ou mon village, je sais où trouver ce dont j'ai besoin en termes de...*

- Les espaces d'intégration et le rôle du réseau social dense de proximité sur plusieurs dimensions du bien-être dont la santé.
 - o Exemple de question : *Je reçois ou suis invité chez des amis/connaissances (fréquences) ; Mes relations de voisinage sont : (qualité)...*
- Les espaces de sécurité dans une considération allant des menaces environnementales à la sécurité financière. L'idée est de caractériser des espaces par le niveau de préoccupation que ses différents aspects suscitent.
 - o Exemple de question : *sur une échelle de 1 à 10, j'évalue mon niveau de préoccupation pour chacun de ces thèmes à... ; comparativement aux personnes de mon âge je considère que ma qualité de vie est...*
- Les espaces thérapeutiques et le lien entre la réalité des espaces sociaux et la construction de paysages thérapeutiques.
 - o Exemple de question : *quand j'ai un problème de santé je... (consultation, auto médication ou renoncement au soin) ; je trouve que l'ambiance mon quartier ou mon village est :*

La première phase de passation a eu lieu de septembre à décembre 2016 dans les 16 Centres Sociaux du panel. Nous avons recueilli 150 questionnaires auprès d'un échantillon dont l'âge moyen est 70 ans et l'âge médian 68 ans et composé à 76,7 % de femmes. Les premiers résultats issus du traitement de cette première vague ont fait l'objet d'une restitution aux Centres Sociaux du panel clôturant la phase préalable (voir I.4.1.3.2.b.). La seconde vague de passation a eu lieu de septembre 2017 à février 2018. Sur les 150 répondants de la première année, 103 ont répondu la deuxième année.

1.2.2. L'auto-questionnaire sur la pratique professionnelle

Nous avons profité de notre participation à un évènement fédéral professionnel pour faire passer le second auto-questionnaire de la phase préalable. Cet évènement biannuel, les JPAG (Journées professionnelles de l'animation globale), s'est déroulé à Angers en novembre 2016 et a regroupé 584 participants, dont 533 professionnels des Centres Sociaux (« Les JPAG 2016, premiers souvenirs » 2016). Nous avons eu un retour de 57 réponses, sur place et en ligne⁸², soit 10 % des présents. L'objectif du questionnaire était d'obtenir des informations sur les caractéristiques sociales des professionnels, de les interroger sur leur perception du bien-vieillir et sur leurs pratiques professionnelles à l'égard du public « âgé ». Les thèmes abordés dans l'auto-questionnaire JPAG (voir annexe 5) sont : la formation de l'enquêté ; la définition du bien-vieillir ; la réflexion autour des thématiques de la perte de capacité et l'isolement dû à l'âge et/ou chez la personne de plus de 60 ans ; la participation sociale des aînés ; le vieillissement en étant porteur de handicap ; les enjeux relatifs aux développements de ces thématiques pour les Centres Sociaux.

⁸² Suite au faible taux de retour papier, une relance a été faite par mail.

L'orientation de ce questionnaire sur les pratiques professionnelles est issue des observations et de la construction de la typologie. La question de la formation par exemple, fait suite à nos échanges avec les professionnels des Centres Sociaux du panel et des échanges informels lors des premières immersions. La réticence à la collecte de certaines informations et les difficultés exprimées au moment d'aborder des sujets touchant à la santé des personnes poussent à s'interroger sur la formation des professionnels.

La question de la définition du bien-vieillir, centrale à l'approche de cette thèse, a émergé de différents points. Les observations dans les événements fédéraux nous ont permis de prendre conscience du débat existant autour de ce terme au sein du réseau. Le recours au terme bien-vieillir varie suivant les instances (commission départementale, régionale ou nationale), les documents ou les Centres Sociaux. Il est extrêmement compliqué de trouver une définition de ce qu'est le bien-vieillir pour les Centres Sociaux. L'absence d'actions intitulées bien-vieillir dans les Centres Sociaux dans lesquels ont eu lieu les observations préalables quand ceux-ci répondaient à SENACS avoir « *des actions liées au vieillissement, au "Bien-vieillir"* » pousse à avoir une réflexion sur l'usage du terme, au-delà de la définition.

Les différences entre les Centres Sociaux observés jusque-là, différence entre eux, et par rapport à ce à quoi l'on s'attendait au vu des discours, nous ont conduit à aborder plus spécifiquement certains sujets comme la question de la perte de capacité liée à l'âge et à la question du handicap. Cette question est intégrée à la réflexion suite à la demande extérieure d'un financeur (le CCAH). Mais la question du handicap dans l'interrogation des pratiques professionnelles est issue du constat de l'absence de personne des plus 60 ans en situation de handicap ou de perte d'autonomie. D'autres thématiques sont abordées dans la continuité des hypothèses du projet I-CARE comme le rôle des Centres Sociaux dans la participation sociale des aînés et l'ambition d'être partenaires des politiques publiques d'accompagnement du bien-vieillir.

1.3. Projets sociaux et fichiers adhérents

Une étape de préparation du travail de terrain a été de collecter les projets sociaux et les fichiers adhérents des centres. Le traitement de ces données avait pour objectif de donner une vue d'ensemble plus détaillée sur les caractéristiques des Centres Sociaux du panel et des personnes qui les côtoient. Cette analyse a été aussi l'opportunité d'apercevoir la manière dont les professionnels élaboraient les projets, les ambitions qu'ils visent, la connaissance qu'ils ont de leur territoire et de leur population via leurs projets sociaux.

1.3.1. Les projets sociaux

La rédaction d'un projet social est un exercice spécifique aux Centres Sociaux (voir partie I chapitre 1 – 1.1.3). Il suppose une charge de travail conséquente et parfois fastidieuse, qui mobilise un bon nombre d'acteurs (professionnels, bénévoles, partenaires) tant dans sa rédaction que dans son élaboration.

Ensemble, ils doivent s'organiser des temps d'échanges et de travail collectif afin d'élaborer et d'évaluer les projets qu'ils ont mis en place par le passé et ceux qu'ils envisagent pour l'avenir.

La CAF propose aux professionnels des Centres Sociaux d'évaluer et d'interroger le positionnement de leur structure via une « feuille de route » qui a pour objectif de les guider durant toute la procédure et qui donnera lieu à ce nouveau « projet social ». Étant donné l'immense diversité des modes de gestion, taille ou encore type de gouvernance que l'on peut trouver dans les Centres Sociaux, la rédaction du projet social semble être le point commun qui réunit l'ensemble de ces structures puisque la rédaction du projet social est une étape nécessaire au renouvellement des agréments. Il répond à un cahier des charges unique. Nous avons supposé une certaine homogénéité des projets sociaux, c'est pourtant loin d'être le cas. Notre analyse a porté sur 15 projets sociaux⁸³ et nous n'y avons pas retrouvé pas de « schéma général ». Nous avons constaté des formes très différentes de projets tant dans le format et la présentation esthétique du document (paysage/portrait, profusion de tableaux ou minimum d'illustrations...) que dans les méthodes de diagnostic ou encore d'organisation et d'évaluation. Cette multiplicité des formats ne facilite pas la démarche d'analyse comparative.

1.3.1.a. Une rhétorique spécifique

Nous avons choisi d'utiliser une méthode lexicographique pour analyser ces projets. Celle-ci consiste à étudier l'utilisation faite des champs lexicaux dans des corpus de documents afin d'en ressortir des similitudes. Une comparaison devient possible et permet la construction d'hypothèses. Cependant cette méthode s'est faite via un logiciel et nous ne disposons que de 12 projets sociaux en version numérique. L'analyse est donc réalisée à partir de ces 12 documents pour lesquels nous avons comptabilisé les termes les plus souvent utilisés.

Tableau 16 : Utilisation des champs lexicaux principaux dans le projet social (en %)

	Gouvernance	Actions CS	Projet social	Personne	Acteurs	Jeune	Actions	Géographie	Enfance	Famille	Autres	Total
Thouaré	13,7	15,1	4,1	32,8	16,8		13,2			4,4		100,0
Le Kiosque	25,2		11,1	11,1	4,8		4,0	43,8				100,0
Horizon			36,4					63,6				100,0
Allée verte		16,5	11,0	12,0	15,6	10,8	17,2		6,8	10,2		100,0
La Fontaine		4,0	3,9	23,4		8,4	17,6	20,9	7,8	14,2		100,0
Doué la Fontaine				17,7	10,1	16,3	16,8	21,9	3,6	10,4	3,2	100,0
Grain de sel	5,2		15,4	13,1	20,2	6,4	20,6	6,1		9,0	4,0	100,0
Loir et Bercé		3,4	8,2	3,4		4,4	26,2	19,7	13,0	17,0	4,6	100,0

⁸³ Suite à des problèmes avec leur réseau informatique, l'un des centres de l'échantillon n'a pas été en mesure de nous fournir leur projet social dans les délais nécessaires à sa prise en compte dans l'analyse.

Loire Divatte			9,9	9,2	21,1	11,7	6,3	23,6		12,0	6,2	100,0
Indigo		5,4		10,2	4,5	24,7	17,1	22,4	4,5	4,4	6,8	100,0
CLEP		4,1	5,7	12,4	9,5	9,9	6,5	15,2		29,1	7,5	100,0
Donges				28,5	4,5	13,1	10,9	13,6	7,5	13,5	8,4	100,0

Source : (Galand et Michel 2017a)

Cette analyse met en avant un vocabulaire commun à tous les centres. En dressant une liste des 15 termes les plus utilisés dans chacun des projets sociaux (en excluant les mots : Centres Sociaux, le nom du centre et les mots de liaison), nous obtenons un total de 70 termes, ce qui montre bien une certaine redondance dans les termes employés. De plus, beaucoup de ces mots, bien que différents, reprennent la même idée. Afin d'affiner la lecture et l'analyse de ces termes, nous avons choisi de les regrouper par grands champs lexicaux (11 au total – voir tableau 16) :

- Famille : Parents, Famille, Familles.
- Enfance : Enfants, Enfance.
- Géographie : Quartiers, Cholet, Vendée, Laval, Benet, Quartier, Donges, ville, CCRDF, commune, communauté, communes, territoire.
- Action : actions, action, activités.
- Jeune : Jeunes, jeune, jeunesse
- acteurs : bénévoles, associations, partenaires, professionnel, acteurs.
- Personnes : habitants, personnes, population, adhérents, groupe, participants, publics, dongeois.
- Projet social : démarche, travail, développer, créer, fonction, responsable, objectifs, axe, agrément.
- Action des CS : échange, participation, communication, lien, rencontres, animation, ateliers, services, sorties.
- Gouvernance : comité, conseil, pilotage, administratif, bureau, commissions.
- Autres : œuvre, sociale, jour, nouveaux, adultes, espaces, seules.

1.3.1.b. La question du bien- vieillir

L'analyse lexicographique a mis en avant l'existence d'une rhétorique propre au projet social. Celle-ci montrait l'importance que peut prendre l'orientation vers les actions enfance-jeunesse-famille au sein des centres. Ce parti pris s'explique par le fait que le projet social est destiné à la CAF. Néanmoins, ce constat nous a interrogé sur la place qui est accordée aux « personnes âgées », aux « seniors » et au bien- vieillir dans les projets sociaux. D'autant plus, lorsque, comme le montrent les fichiers adhérents, ils peuvent occuper une place prépondérante dans les structures (jusqu'à 60 % des adhérents dans certaines structures).

Cette lecture des projets sociaux nous a permis de dégager 3 positions des centres vis-à-vis de cette question du vieillissement :

- Les centres qui évoquent un « possible » développement d'actions en direction de ce public.

- Les centres qui ont déjà mis en place et élaboré leurs actions,
- Les centres qui ont déjà eu la possibilité d'identifier des retombées possibles par leur diagnostic interne

Le développement d'une réflexion et d'une démarche autour de cette question apparaît comme un processus qui s'inscrit dans le temps. Tous les centres n'en sont pas au même stade d'avancement. La mise en place d'actions spécifiques « Seniors » ou d'axe « bien -vieillir » ne semble donc pas être une démarche naturelle, au regard de ce qui est présenté dans le projet social. Néanmoins, les données utilisées pour la constitution de la typologie, issues de l'enquête SENACS montrent que la majorité des centres listent des actions en lien avec ces problématiques quand on leur pose la question. Alors, pourquoi est-ce que cela ne se traduit pas plus dans les projets sociaux ? Quelle est la réalité de ce que recouvre le terme d'action « Bien-vieillir » ?

L'exploitation du questionnaire SENACS ne peut se faire sans prendre en compte une limite qui sera récurrente quand on en vient aux données produites par les centres : le manque d'harmonisation. Si certaines des variables sont assez claires (territoire d'intervention, mode de gestion, nombre de collectivités, etc.), d'autres posent plus de problèmes. Par exemple, il n'existe pas une grille globale pour évaluer le nombre d'heures de bénévolat, chaque centre fait à sa manière. Autre exemple, un même type d'actions peut être considéré comme relevant du bien-vieillir dans un Centre Social et pas dans un autre. Cela peut être le cas de transports solidaire. La classification dépend de la population des usagers, mais également de la genèse de l'action, à savoir si elle a été développée avec pour objectif de toucher un public âgé ou non... Ce décalage est un élément de compréhension du décalage entre le discours porté par les projets sociaux et les résultats de la typologie.

La confrontation de ces projets sociaux avec les catégories des centres issues de la classification SENACS permet d'apporter un regard critique sur l'analyse que l'on conduit. La manière d'aborder la question des personnes âgées et du vieillissement varie fortement d'un projet à l'autre. Or, la typologie réalisée faisait ressortir un groupe composé de centres dont l'une des tendances principales était de présenter plus de 2 actions bien-vieillir. Si nous regardons les projets sociaux des deux centres de catégorie B, aucun axe particulier autour du bien-vieillir ou des actions à destination des personnes de plus de 60 ans ne semble se dégager. Et pourtant lorsqu'ils présentent leurs activités à travers le questionnaire SENACS, ils inscrivent des actions à destination de ce public. On fait donc face à deux manières de se raconter qu'il faudra ensuite confronter à la pratique de terrain.

1.3.1.c. La question du territoire

L'étude des projets sociaux nous a permis de saisir d'autres enjeux et notamment ceux concernant la construction du diagnostic socioterritorial qu'est le projet social. Ce diagnostic est un outil de base de la démarche des Centres Sociaux. Il est au cœur de la manière dont ils développent et construisent leurs

actions. Les enseignements tirés de leur lecture croisée ont permis d'interroger un des aspects centraux de l'enquête I-CARE : quels sont les outils et indicateurs à disposition des Centres Sociaux pour qualifier et évaluer leurs actions? Notre lecture a montré que, même si les centres mobilisent des données externes et des méthodes de consultation qui peuvent être efficaces et pertinentes, il y a un problème d'adéquation entre la donnée, la population ciblée, le territoire d'action et l'objectif du diagnostic.

1.3.2. Produire de la donnée en interne et question de diagnostic

1.3.2.a. Les fichiers adhérents

L'analyse des fichiers des adhérents des Centres Sociaux, c'est-à-dire des données internes possédées par les structures, a confirmé ce constat. Au-delà des statistiques d'ensemble que nous ont procuré ces fichiers « adhérents », ils ont été un indicateur sur les critères de diagnostic que possèdent les Centres Sociaux. Les difficultés que nous avons rencontrées lors de notre analyse due à la disparité importante de certaines données ont interrogé la capacité des Centres Sociaux à aller chercher l'information.

Des fichiers « adhérents » complets et organisés de manière homogène auraient pu être une source d'information précieuse. Une variable bien renseignée telle que les adresses des adhérents, qui est présente pour la quasi-totalité des Centres Sociaux de notre étude, à permet d'approfondir la connaissance que nous pouvons avoir de la structure. Cette donnée a permis de révéler l'absence de lien direct entre le nombre d'adhérents et le nombre d'individus présents sur le territoire d'agrément. (voir partie III chapitre 7 – 1.2.3.a.)

Le traitement des quelques données disponibles sur les caractéristiques sociales des adhérents et des bénévoles a permis l'élaboration d'hypothèses de travail et de pistes de réflexion pour les suites. Nous avons remarqué que le taux d'adhérents de 60 ans ou plus est très variable d'un Centre Social à l'autre. Certains centres se qualifient par une population principalement âgée quand d'autres pas du tout. Peut-on trouver des raisons à ce phénomène dans la démographie du territoire, dans les activités proposées? Cela nous a permis de montrer que les plus de 60 ans dans les Centres Sociaux sont principalement des femmes jeunes retraitées (moins de 75 ans). De plus, les 60 ans et plus semblent représenter la quasi-totalité des bénévoles.

1.3.2.c. Échange avec les professionnels

Les résultats de cette analyse ont fait l'objet d'une restitution aux Centres Sociaux du panel et d'échanges avec les professionnels sur ces réflexions et les premiers résultats de l'auto-questionnaire.

Après l'analyse des projets sociaux, un premier questionnement est né des difficultés à identifier de façon claire et lisible quels sont le ou les territoire(s) concerné(s) par le diagnostic socioterritorial. De manière générale, beaucoup se sont accordés pour dire que le diagnostic se fait dans les limites de l'injonction institutionnelle et donc sur l'espace délimité par l'agrément. Ce premier constat fait, les centres ont admis que, dans les faits, l'activité des Centres Sociaux attire bien au-delà des frontières fixées par le

territoire d'agrément. Un autre facteur mentionné a été celui des équipements présents. Dans le cas de deux Centres Sociaux ayant des territoires connexes, chacun formulera un diagnostic sur son territoire d'agrément sans « empiéter » sur le territoire du voisin. On a retrouvé le même type de raisonnement appliqué à d'autres acteurs que les centres, ce qui les fait rentrer dans une logique de concurrence et plus encore de « chasse gardée ». Au-delà d'une réflexion sur l'espace d'exercice des activités, cela interrogeait sur la pratique des partenariats et leurs implications dans l'apparition d'effet de concurrence avec d'autres acteurs du territoire.

Les projets sociaux sont très marqués par une orientation famille, enfance et jeunesse. Ce constat est peu surprenant étant donné que le projet social est à destination de la CAF. Néanmoins, ceci nous a interrogé sur la liberté dont disposent les Centres Sociaux à donner à lire et à voir sur l'ensemble de leur activité. Les échanges ont révélé des réactions quelque peu mitigées. En effet, certains considèrent qu'effectivement le projet social pourrait avoir tendance à se cantonner aux intérêts de la CAF (partenaire financier) quand d'autres au contraire ne partagent pas ce sentiment. Les contenus du projet social et, plus loin, des actions développés par les Centres Sociaux ne dépendraient-ils pas des relations entretenues avec les partenaires ?

Après avoir constaté l'importante hétérogénéité de ces fichiers adhérents et la difficulté de produire de la donnée permettant une vue d'ensemble sur les caractéristiques sociales du public, nous avons souhaité interroger les professionnels sur la nécessité (ou non), de disposer d'outils et de données permettant de tels traitements statistiques. Ici encore les avis sont partagés. Certains considèrent que le quantitatif représente un risque, à savoir celui de ne donner qu'une « vision statistique des Centres Sociaux » au détriment d'une expérience de terrain permettant d'obtenir de la donnée qualitative bien plus fiable que les chiffres. Plus largement, la méfiance envers le quantitatif et la production de données est aussi la traduction d'une « peur » récurrente : celle de l'instrumentalisation (voir partie III chapitre 7 -1.2. 2).

La phase préalable au terrain a permis d'apporter des nouveaux éléments de compréhension en se basant sur l'exploitation des données des Centres Sociaux, que ce soit le questionnaire SENACS, les projets sociaux ou les fichiers adhérents. Elle a également permis l'émergence de questionnement venant alimenter la réflexion générale autour de la problématique. Par exemple, la confrontation entre les projets sociaux et la typologie de territoire quant aux différences entre la présentation et la nature de l'action vient alimenter les axes autour du bien-vieillir pour et dans les Centres Sociaux.

2. Faire le terrain

Introduction

Les deux phases suivantes du terrain se sont concentrées sur la production de données originales. Cela s'explique d'une part par la quantité limitée de données existantes et la remise en question de la représentativité de ces données au cours de la phase préalable. D'autre part, la démarche

d'émancipation des discours des Centres Sociaux est passée par la production de données, d'informations ne passant pas par le prisme d'une parole collective. Bien que ce terrain ait été marqué par des temps d'observations dans des instances fédérales, on s'est aussi intéressé à la parole des individus au cours des entretiens et/ou d'échanges informels durant les observations. Cela a supposé un changement des modes de participation. Dans la phase préalable, il s'agissait de soumettre des éléments et d'en échanger, dans la phase de terrain, cette participation s'est faite en cherchant à faire réagir sur des points spécifiques soulevés par la recherche. Ainsi, suite aux faiblesses constatées des diagnostics socio-territoriaux, nous avons proposé une formation. Dans la lignée des questionnements autour des partenariats, nous avons proposé une journée de réflexion, etc.

Les méthodes choisies pour ces phases de terrain sont donc des observations participantes ou non participantes suivant les contextes (I.4.2.1), l'entretien semi-directif (I.4.2.2.1) et l'enquête par questionnaires (I.4.2.2.2).

La distinction entre les deux phases de terrain est aussi une différence d'échelle. Après avoir développé un regard sur les Centres Sociaux en tant que groupe dans la phase préalable, la première phase du terrain s'est concentrée sur les Centres Sociaux du panel en tant que structure individuelle. L'échelle de la seconde phase du terrain est double, avec d'un côté une considération sur les personnes de plus de 60 ans dans les Centres Sociaux et de l'autre une considération sur des acteurs du vieillissement.

Les phases de terrain marquent une séparation entre les outils de la sociologie et de la géographie. Certaines observations ou entretiens ont été conduits conjointement, mais cela reste exceptionnel. Néanmoins, les notes d'observations et les retranscriptions d'entretiens sont mutualisées afin de pouvoir enrichir la base de données collectée sur les Centres Sociaux et enrichir notre propos au besoin.

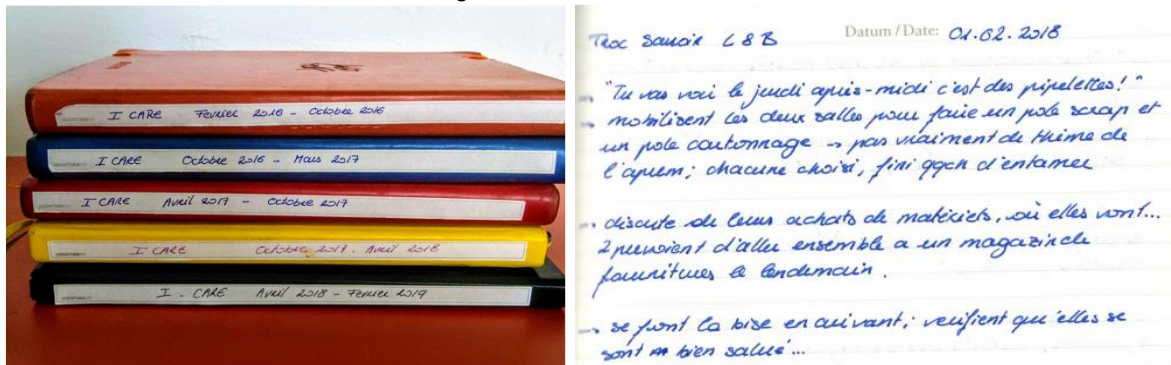
2.1. Observer

L'observation est un point central de notre méthodologie. Elle a porté sur différent temps et a revêtu différentes formes. Le recueil d'information, durant ces observations, s'est fait par la tenue de carnets de terrain de février 2016 à février 2019 (voir figure 16). Le recours au carnet de terrain a permis d'avoir une trace constante de l'expérience de l'observation, de noter aussi bien les échanges marquants que le ressenti de l'observateur au moment de l'observation, ses questionnements et surprises. Cela a également permis de prendre en note les spécificités de l'espace, la perception des distances et les évolutions du paysage. Comme le souligne Carole Lanoix (2014) :

« En faire l'expérience consiste à développer une démarche nécessairement empirique, détachée des tourments du positivisme pour une objectivité toute relative (Daston, Galison, 2012), où seules les possibilités offertes comptent, ouverte par un usage heuristique et inventif, autant dire expérimental. » (§2)

Cela permet de réaffirmer le positionnement de cette thèse dans des approches empiriques relevant de la TNR (Théorie non représentationnelle — voir partie I chapitre 3 – 3.1.2 b).

Figure 16 : Carnets de terrain



Juliette Michel 2019

2.1.1. Les événements fédéraux

Les évènements fédéraux ont été les premiers lieux d'observations. Elles se sont tenues jusqu'à la fin de la recherche, mais leur forme a évolué. Ces observations n'ont pas suivi une grille d'observation fixe, car la nature de ces espaces a changé au cours de la durée de la recherche. D'abord moyen de compréhension du fonctionnement de l'institution, puis un lieu d'échange avec les professionnels tout en étant un temps d'observation, les évènements fédéraux ont également été des espaces de restitutions de certains résultats. La grille d'observation évoluée au cours des trois ans, en fonction de la direction des réflexions et de la nature des évènements.

Ces évènements fédéraux ont représentés 24 jours d'observations, à savoir 15 commissions fédérales sur le vieillissement (départementales, fédérales et nationales), 4 instances fédérales (assemblées générales départementales et conseil d'administration Régional), 3 journées de réflexions thématiques et 4 évènements fédéraux sur plusieurs jours (séminaires, conseil fédéral, JPAG). La nature différente de ces évènements a supposé des observations différentes. La distinction principale se fait entre les commissions et les autres évènements.

2.1.1.a. Le cas particulier des commissions

La spécificité de l'observation des commissions été due à la spécificité de notre statut, à la fois chercheurs extérieurs et membres d'un réseau via le salariat dans le cadre CIFRE. Les commissions, qu'elles soient locales ou nationales ont pour objectifs l'échange de pratiques, une réflexion sur la pratique des Centres Sociaux sur le sujet abordé, la structuration d'une culture commune et d'une parole politique des Centres Sociaux. Ces temps reposent sur la participation et les échanges entre les acteurs du réseau (bénévoles ou professionnels) présents à ce moment-là. La nature des commissions a été un élément important de notre recherche. Elles ont alimenté les réflexions autour du bien-vieillir pour les Centres Sociaux aussi bien que celle autour de l'intégration dans un système d'acteurs.

Durant ces temps nous étions des acteurs du réseau. La FCSF étant l'un des commanditaires de la recherche, les commissions nationales ont été des lieux de restitution de l'avancée des travaux. Puisque le vieillissement dans les Centres Sociaux est un objet en cours d'élaboration et qu'il dépend notamment de ces instances, notre implication devait être mesurée. Nous devions à la fois répondre aux attentes du commanditaire tout en influençant, le moins possible, l'ensemble de la dynamique (Galand et Michel 2019).

L'observation dans les commissions a donc été une observation participante active, c'est-à-dire une observation dans :

« un contexte d'enquête où le chercheur exerce une activité à l'intérieur du groupe ou de l'institution étudiée, comme, par exemple, un emploi rémunéré. En exerçant cette activité, il acquiert un statut professionnel et se conduit avec les enquêtés comme un collègue. Le chercheur joue alors de front un double rôle » (Namian et Grimard 2016).

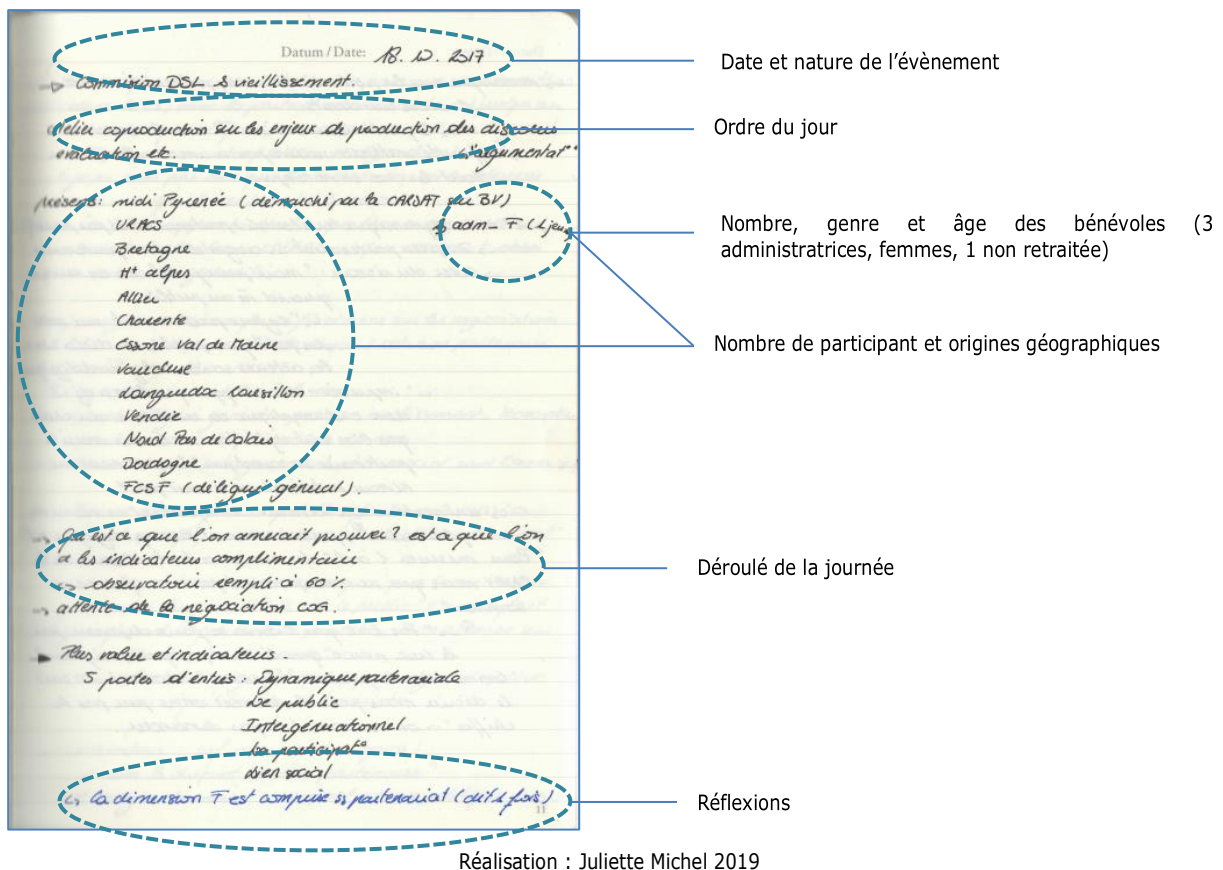
Il s'est donc agi de jongler entre les deux statuts : répondre à la demande de retour faite à un intervenant extérieur dans les temps dédiés à ce retour, tout en se positionnant comme un collègue le reste du temps.

2.1.1.b. Une grille générale

Le fait d'être un collègue, un membre du réseau nous a donné accès à ces instances, il est donc important d'assumer ce rôle. Mais il s'est aussi agi de se saisir ces opportunités d'observations. Un moyen de parvenir à cet équilibre a été d'intégrer la prise de notes dans les carnets de terrain au déroulement des événements.

Les événements fédéraux se structurent autour de deux types de moments : un temps de présentation et un temps de discussion, généralement en groupe dans lequel il va y avoir des échanges. Si rester en retrait durant les temps de présentation a été simple, cela a été plus compliqué durant les temps d'échange. La stratégie adoptée a donc été de prendre le rôle de « rapporteur » c'est-à-dire d'endosser la responsabilité de rendre compte des échanges du groupe, que ce soit sur un support écrit ou à l'oral. Dans ces conditions, la position de retrait lors des échanges, la prise de notes constantes et la faible participation aux échanges se justifient tout en permettant de tenir notre rôle de collègue.

Figure 17 : Exemple d'observation : commission nationale Développement Social Local et vieillissement



L'observation dans les temps fédéraux a suivi une grille d'observation générale, mise en place dès la phase préalable. Cette grille revenait à noter : la date et la nature de l'évènement (repris pour toutes les observations des carnets de terrain), le nombre de personnes présentes, leurs origines géographiques, leurs statuts (bénévole ou professionnel), le genre et l'âge approximatifs des bénévoles l'ordre du jour, le déroulé de la journée, la nature des échanges et les citations intéressantes, les réflexions sur le moment (voir figure 17).

En plus des réflexions nourries par le contenu des observations, le nom de ces évènements fédéraux, notamment les commissions ont été un point central dans l'orientation de la recherche. Par exemple, le premier élément d'une réflexion autour de l'usage du terme bien-vieillir dans les Centres Sociaux a été sa présence ou absence dans les intitulés des commissions fédérales portant sur le vieillissement. Si l'ancienne commission régionale et la commission départementale du Maine-et-Loire sont des commissions « bien-vieillir » ce n'est pas le cas de la commission nationale, nommée « Développement social local et vieillissement ». La réflexion autour de l'usage de ce terme et l'échelle de cet usage est un élément important pour la compréhension du bien-vieillir pour les Centres Sociaux et les liens possibles avec d'autres acteurs.

2.1.2. Les Centres Sociaux

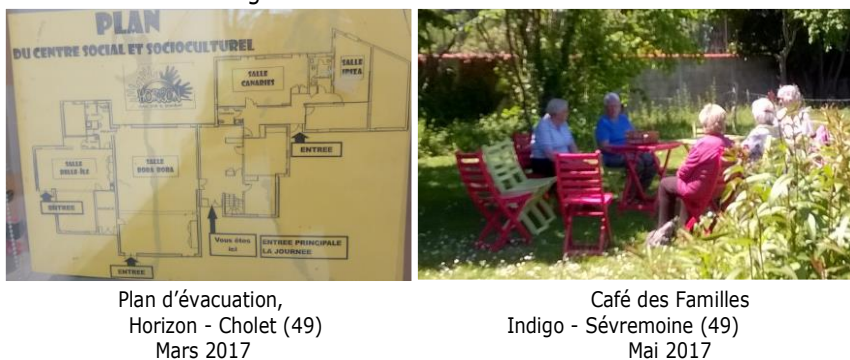
Les observations dans les Centres Sociaux ont été l'autre pan important des observations effectuées. Comme pour les observations dans les événements fédéraux, la phase préalable ainsi que la première phase du terrain ont donné lieu à des observations différentes de celle de la seconde phase du terrain (distinction signalée par l'usage d'une couleur différente dans la figure 14). Ces observations ont eu lieu sur un total de 56 jours, dans 13 des 16 Centres Sociaux du panel⁸⁴.

2.1.1.a Les observations générales

Les observations générales avaient pour but de prendre connaissance des Centres Sociaux, de leurs fonctionnements et des différentes interactions pouvant avoir lieu. Les observations de la phase préalable ont servi à adapter les méthodes et outils développés à ce moment-là. Les observations de la première phase du terrain se sont faites de manière plus ciblée. L'objectif n'était plus de prendre connaissance des Centres Sociaux, mais de se concentrer sur les relations entre adhérents et professionnels, celles entre adhérentes et bénévoles, celles entre bénévoles et professionnels, etc. Ces observations ont été effectuées au cours d'activités régulières ainsi que lors de temps un plus exceptionnels (soirée, sorties).

Durant ces observations, l'objectif était d'avoir un rôle le plus passif possible afin d'avoir une idée des interactions usuelles. Néanmoins, la présence d'un observateur et les modifications de comportement que cela peut engendrer restent un biais incontournable des méthodes d'observations. Ces temps d'observation ont été l'occasion d'échanges informels, en dehors des temps d'activités observés, sous forme de discussions orientées avec les professionnels.

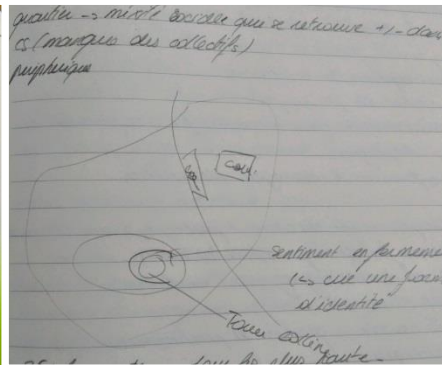
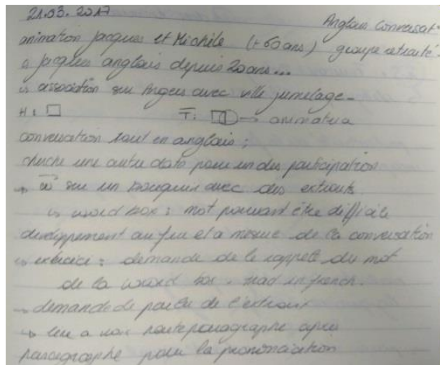
Figure 18 : Éléments d'observations



Plan d'évacuation,
Horizon - Cholet (49)
Mars 2017

Café des Familles
Indigo - Sévremoine (49)
Mai 2017

⁸⁴ Les 3 Centres Sociaux non observés ont fait l'objet d'observations par la doctorante en sociologie



Carnet de terrain, observation atelier Anglais Horizon - Cholet (49) Mars 2017



Signalétique La Fontaine – Saint Sébastien sur Loire (44) Mars 2017

Brochure Loire Divatte – St Julien de concelle (44) Juin 2017

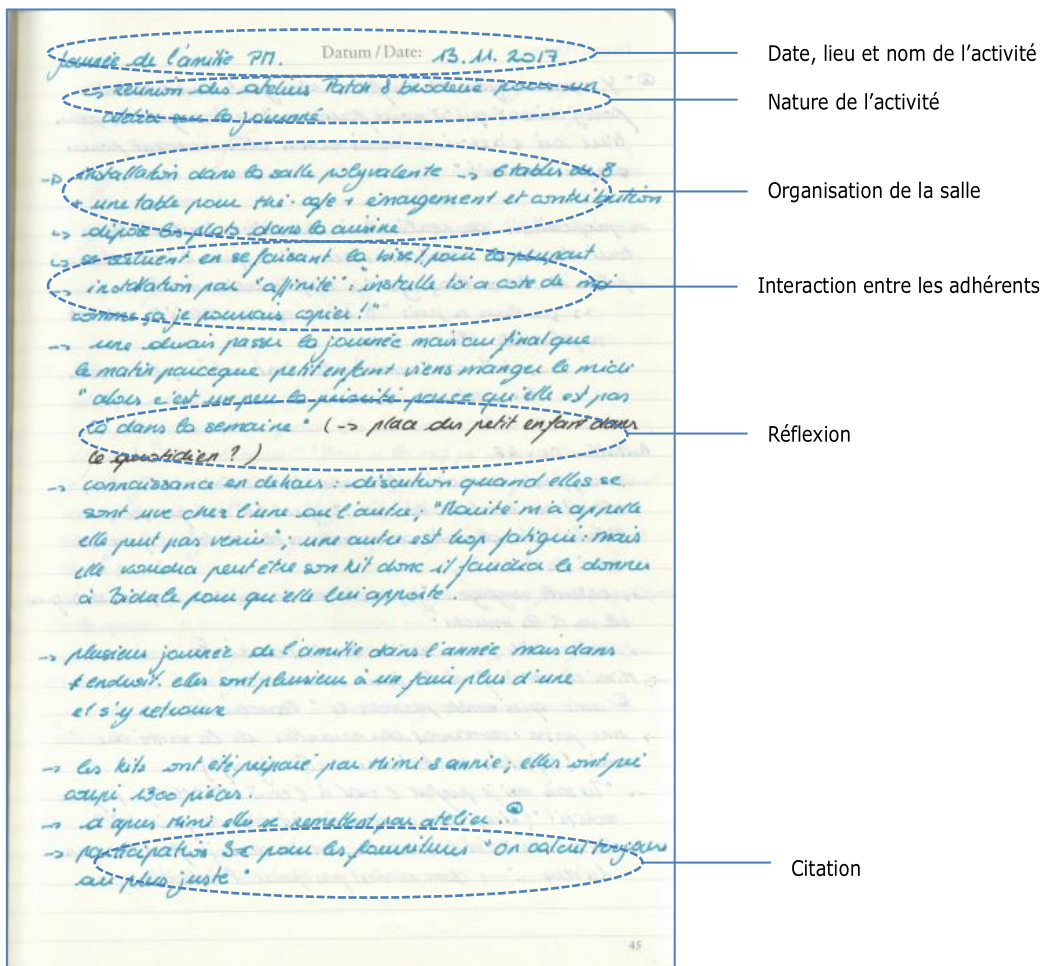
Réalisation : Juliette Michel 2019

La présence sur place a permis de faire des observations sur le territoire (environnement, signalétique autour du centre, accessibilité en transport en commun, etc.). La structure des bâtiments, les formes d'appropriation des lieux ainsi que l'utilisation de l'espace par les activités ont été observées. La grille d'observation de ces observations générales (voir annexe 6) supposait la prise de notes dans les carnets de terrain ainsi que la collecte de brochures, documents et la prise de photos des lieux d'activité et de l'environnement du Centre Social (voir figure 18).

2.1.1.b. Les observations adhérents

La seconde phase du terrain dans les Centres Sociaux s'est concentrée sur les adhérents. La nature des observations n'a pas changé pas, si ce n'est que l'on se concentrait sur les adhérents et les interactions entre eux. Cette phase d'observation a correspondu à l'administration de l'enquête usager (voir 2.2.2), ce qui a supposé d'être dans une interaction plus grande avec les personnes que durant la phase précédente. L'observation n'était plus non participante, on cherchait à avoir des échanges informels avec les participants. La grille d'observation pour ces observations n'est pas formalisée. Il s'agit d'une observation mêlant les postures adoptées dans les observations générales et celle des commissions fédérales (voir figure 19).

Figure 19 : Exemple d'observation : Journée de l'amitié Pont Morineau



Réalisation Juliette Michel 2019

2.2. Interroger

2.2.1. Les entretiens

La deuxième méthode qui a été mise en place durant les phases de terrain est l'entretien semi-directif. Le choix de l'entretien semi-directif, technique d'enquête qualitative, a permis d'orienter les échanges avec les personnes interrogées autour de différents thèmes prédéfinis dans la grille d'entretien. Cette technique a permis d'adapter la grille au cours de la discussion en fonction des échanges et des questions émergentes (voir tableau 17). On a pu ainsi recueillir informations ciblées tout en gardant la possibilité d'intégrer de nouveaux questionnements en fonction des entretiens précédents ou des observations. Ces entretiens ont été réalisés auprès de deux populations différentes : les professionnels des Centres Sociaux et des acteurs du bien-vieillir.

Les grilles d'entretiens pour les professionnels des Centres Sociaux et pour les acteurs extérieurs au réseau ont été similaires (voir tableau 17). Elles se sont construites sur la base des mêmes réflexions issues des observations et outils de la phase préalable, ainsi que du premier entretien d'acteur réalisé en

décembre 2016. Ce premier entretien, abordé avec une grille d'entretien en construction, a servi de base pour la suite de la méthode. Certaines réflexions autour de la connaissance des Centres Sociaux par ces acteurs sont directement issues de ce premier entretien, ce dernier a permis, dans une certaine mesure d'orienter le choix des acteurs à rencontrer par la suite.

Tableau 17 : Evolution des grilles d'entretiens semi directifs

Grille au début du terrain		Grille à la fin du terrain	
Centres Sociaux	Extérieur	Centres Sociaux	Extérieur
Parcours professionnel	Parcours professionnel	Parcours professionnel	Parcours professionnel
Histoire du Centre Social	Histoire de la structure	Histoire du Centre Social	Histoire de la structure
Spécificité du territoire	Spécificité du territoire	Spécificité du territoire	Spécificité du territoire
Spécificité de la population	Spécificité de la population	Spécificité de la population	Spécificité de la population
Place et genèse des actions bien-veillir	Actions Bien-veillir	Place et genèse des actions bien-veillir	Actions Bien-veillir
Les relations partenariales	Les relations partenariales	Les relations partenariales	Les relations partenariales
Réflexion autour du handicap		Réflexion autour du handicap	
Définition du bien-veillir		Définition du bien-veillir	
Rôle du Centre Social dans le bien-veillir	Place des Centres Sociaux dans l'accompagnement du bien-veillir	Rôle du Centre Social dans le bien-veillir	Place des Centres Sociaux dans l'accompagnement du bien-veillir
		Fédéralisme	
		Le bénévolat et le travail associé	
		Les financements	Les financements
		Les Locaux	
		Intergénérationnel	
	Les relations avec les Centres Sociaux		Les relations avec les Centres Sociaux
			Connaissance des activités des Centres Sociaux

Réalisation : Juliette Michel 2019

Pour les professionnels, le choix des personnes interrogées s'est basé sur la typologie des Centres Sociaux. On a ainsi veillé à interroger des professionnels de chaque catégorie de Centres Sociaux et de territoires. Pour les acteurs extérieurs, le choix a reposé sur les retours des entretiens conduits avant la seconde phase de terrain. Les entretiens réalisés avant la seconde phase du terrain et les pistes de réflexion issues de l'analyse du paysage de l'action gérontologique (voir partie I chapitre 2) ont orienté vers un certain type d'acteurs : CLIC, l'animation sportive, élus locaux, etc. Afin de préserver l'identité des personnes rencontrées, les entretiens ont été anonymisés (voir tableau 18).

Tableau 18 : Liste des entretiens⁸⁵

	Poste	Structure	Département
Entretien I	Coordinateur	MAIA	49
Entretien II	Directeur	Centre Social	49
Entretien III	Directeur	Centre Social	44
Entretien IV	Responsable secteur adulte	Centre Social	44
Entretien V	Coordinateur lien social	Centre Social	44
Entretien VI	Coordinateur	Centre Social	49
Entretien VII	Directeur	Centre Social	53
Entretien VIII	Agent de développement	Centre Social	53
Entretien IX	Délégué	Fédération	49
Entretien X	Directeur	Centre Social	72
Entretien XI	Directeur	Centre Social	49
Entretien XII	Directeur	Centre Social	49
Entretien XIII	Coordinateur secteur adulte	Centre Social	49
Entretien XIV	Délégué	Fédération	85
Entretien XV	Directeur	Centre Social	85
Entretien XVI	Délégué	Fédération	44
Entretien XVII	Animateur	Sport et Loisir	49
Entretien XVIII	Coordinateur	CLIC	49
Entretien XIX	Directeur	CLIC	85
Entretien XX	Directeur de l'autonomie	Conseil départemental	49
Entretien XXI	Psychologue		44
Entretien XXII	Elu au conseil Syndical	Syndicat intercommunal	49
Entretien XXIII	Vice-président	Communauté de communes	72

Réalisation : Juliette Michel 2019

Au total, ces 23 entretiens représentent 33 heures d'échanges, soit une durée moyenne d'une 1 h 24 par entretiens. D'autres entretiens semi-directifs servent de source à l'analyse : les entretiens biographiques menés dans la thèse de sociologie (Galand 2019) présentés en annexe 7.

2.2.2. L'enquête usagers

Dernier outil mis en place, l'enquête usager (voir annexe 8) a eu pour but de compléter les lacunes constatées dans les fichiers adhérents en obtenant plus d'informations sur les plus de 60 ans fréquentant les Centres Sociaux. Cette enquête a aussi poursuivi d'autres objectifs :

- Comprendre les raisons de la venue dans le Centre Social.
- Comprendre ce qu'apporte l'activité dans le Centre Social.
- Connaitre le sens donné au bien-vieillir par les adhérents.

Ces deux derniers points ont permis d'intégrer la perspective des personnes de plus de 60 ans dans la compréhension du bien-vieillir dans les Centres Sociaux. Ces éléments ont été recueillis par 3 questions différentes : *qu'est-ce que votre activité/présence dans le centre vous apporte ? Qu'est-ce que « Bien-vieillir » pour vous ? Avez-vous l'impression que votre activité dans le centre y participe ? Qu'êtes-vous*

⁸⁵ Dans une optique d'anonymisation, les fonctions des personnes rencontrées ont été masculinisées

venu chercher au Centre Social? D'autres aspects interrogés ont repris des éléments de l'auto-questionnaire SBE : la question du standard relatif, du bien-être et de l'état de santé perçue (voir figure 20). Enfin, certaines interrogations ont découlé des observations générales, notamment autour de l'accès au Centre Social.

Figure 20: Extrait de l'enquête usagers

Avez-vous des amis/connaissances au sein du centre social ? OUI NON
 Si Oui, combien ? _____

Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre niveau de bien-être ?
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre état de santé à :
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Comparativement aux personnes de votre âge, considérez-vous que vous avez une qualité de vie :
 Equivalente Meilleure Moins bonne Ne sais pas

Ce questionnaire, passé pendant les activités, a été administré par l'enquêteur ou auto administré en présence de l'enquêteur suivant les préférences de l'enquêté. Dans les cas où la passation est faite par l'enquêteur, les échanges ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Les questionnaires sont administrés pendant les activités. En tout, 93 questionnaires ont été administrés dans 7 Centres Sociaux du panel au cours de 8 types activités différents (une même activité peut se retrouver dans différents centres).

Conclusion du chapitre 4

Le dispositif méthodologique mis en place pour répondre à notre problématique se compose de différentes méthodes, qualitatives et quantitatives, qui ont évolué et se sont mutuellement nourries. Afin d'illustrer la dimension itérative de la démarche, il était important de distinguer la phase préalable du reste du terrain. Au vu du format de la thèse CIFRE, on pourrait considérer que le terrain démarre dès l'intégration du doctorant dans le cadre professionnel de l'exercice de sa thèse. Néanmoins, la spécificité de l'organisation fédérale et des jeux d'échelles que cela suppose, conduit à distinguer l'intégration à une structure fédérale de l'approche du terrain, de l'objet de la recherche : les Centres Sociaux.

L'idée n'est pas de dissocier les Centres Sociaux de leurs structures fédérales, surtout au vu de l'importance de celle-ci dans la construction et la formulation des actions bien-vieillir. Considérer comme terrain la seule échelle fédérale aurait conduit à ignorer des relations et influences entre ces échelles différentes. C'est pourquoi, puisque l'on s'inscrit dans une approche argumentée (voir partie I chapitre 3 – 1.3.1), on distingue la phase préalable, nécessaire à la compréhension de ces jeux d'échelles et des contradictions que peuvent en résulter, de la phase de terrain qui interroge ces relations, les enjeux qu'elles sous-tendent et les manières dont elles contribuent à la structuration de ces espaces.

Une spécificité de cette phase préalable peut être mise en avant : l'échec (relatif) d'un certain nombre des outils mis en place. La typologie ne semble pas correspondre à la pratique des Centres Sociaux comme mise en avant par les Centres Sociaux. La viabilité des données de l'enquête SENACS est remise en cause par des constats de terrain. Les projets sociaux ne présentent pas des diagnostics socio-territoriaux permettant d'avoir l'image des territoires d'agréments que nous y cherchions. Les fichiers adhérents ne présentent que peu de données exploitables. Le traitement de la dimension santé de l'auto-questionnaire SBE ne se fera finalement pas (en tout cas pas dans des délais permettant leur intégration à notre réflexion).

Ces difficultés et les interrogations qui en découlent sont des éléments importants de notre raisonnement et ont orienté la mise en place d'outils complémentaires par la suite. Par exemple, le manque de données des fichiers adhérents a conduit à collecter des informations sur les adhérents par d'autres biais, notamment l'enquête usagers. Les manques constatés au niveau des diagnostics des projets sociaux ont alimenté la réflexion autour du rapport au territoire, etc. Les contretemps de la phase préalable sont des éléments de résultats ayant une importance égale aux réussites des phases de terrain.

Le processus itératif a été central dans les phases de terrain, les entretiens de la première phase étant construits sur les observations de la phase préalable, les grilles d'observations des adhérents reposant sur les observations générales, etc. Chacun de ces outils s'est construit dans une continuité avec les outils précédents et l'objectif d'apporter des éléments de réponse à certains axes de questionnement. Le tableau 19 présente une synthèse de ces outils en présentant les axes de questionnement dans lesquels ils s'inscrivent. Il présente également les outils de la thèse de sociologie, l'interdisciplinarité de la démarche se traduit dans les phases de terrain par une mutualisation des données et non plus des outils.

Il est important d'exposer un biais de notre méthode : le biais d'élite. En effet, tous les outils relevant du questionnaire de notre méthodologie sont basés sur la participation volontaire du répondant. On ne recueille donc le retour que de ceux qui souhaitent le fournir. Dans la mesure du possible, au moment de la passation, a été fait un travail de présentation et d'explication de l'usage des questionnaires et de traitement anonyme, afin de limiter ce biais. Puisque les fichiers adhérents des Centres Sociaux ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble du public, il n'est pas possible d'avoir une confirmation statistique de la représentativité de nos échantillons. Les observations dans les Centres Sociaux et les différents échanges que l'on a pu avoir avec les acteurs du réseau (professionnels ou bénévoles) confirment la cohérence de nos résultats avec la réalité des Centres Sociaux. Par exemple, le fait d'avoir essentiellement des répondants femmes, âgés entre 60 et 75 ans, correspond à l'expérience de la population que l'on a des Centres Sociaux. Il n'en reste pas moins qu'il est important de mentionner l'existence de ce biais et la recherche de sa compensation lors des observations participantes et non participantes qui elles englobent tout le monde.

Tableau 19 : Synthèse des outils et méthodes mobilisée suivant les axes de réflexions

		Outils	Echantillon	Axes
Documents des centres		SENACS	Centres Sociaux des Pays de La Loire	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux La question du territoire
	Construction interdisciplinaire	Projets sociaux	15	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux La question du territoire
Fichiers adhérents		15	La question du territoire	
Typologie		16 Centres Sociaux	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux La question du territoire	
Auto-questionnaire SBE		150 année 1 – 103 année 2	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux La question du territoire	
Auto-questionnaire JPAG		57 professionnels	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux système d'acteur du bien-vieillir	
Données originales	Thèse géographie	Observations fédérales	25 événements	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux système d'acteur du bien-vieillir
		Observations générales	26 jours d'observations	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux Bien-vieillir dans les Centres Sociaux La question du territoire
		Observations adhérents	30 jours d'observations	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux
		Entretiens acteurs du réseau	15 professionnels	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux système d'acteur du bien-vieillir La question du territoire
		Entretiens acteurs extérieurs	8 acteurs	système d'acteur du bien-vieillir La question du territoire
		Enquête usagers	93 adhérents des Centres Sociaux	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux La question du territoire
Thèse sociologie		Archives	Archives de la FCSF depuis 1946	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux
		Observations		Bien-vieillir dans les Centres Sociaux
		Entretiens Biographiques	38 adhérents des Centres Sociaux	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux

Réalisation : Juliette Michel 2019

Conclusion de la Partie I

La démarche itérative de la thèse a conduit à présenter les questions de recherches (**chapitre 1 et 2**), puis le cadre théorique et disciplinaire dans lequel on s'inscrit, avant d'en arriver à la problématique (**chapitre 3**). Cela a permis de dégager les 4 axes qui structurent la réflexion proposée dans cette thèse : la question du territoire dans les Centres Sociaux, les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir, bien-vieillir pour les Centres Sociaux et bien-vieillir dans les Centres Sociaux. À partir de ces axes, s'est développé l'outillage méthodologie (**chapitre 4**) qui permet de répondre à la problématique centrale : **quel est le rôle des Centres Sociaux comme acteur du bien-vieillir dans les territoires ?** Cette première partie permet de présenter la manière dont on se propose d'élaborer une géographie du vieillissement dans les Centres Sociaux. Celle-ci se construit de manière empirique, itérative, en proposant une géographie par l'acteur et le bien-vieillir. Ce qui amène à :

- Construire une analyse multiscalaire, en prenant en compte les échelles fédérales, partenariales, locales et individuelles.
- Considérer les territoires et les lieux des Centres Sociaux.
- Construire une écriture géographique reposant sur des outils interdisciplinaires.

Pour cela, les parties suivantes présentent les résultats des réflexions suivant les 4 axes identifiés. La **deuxième partie** présente une réflexion sur le bien-vieillir pour et dans les centres sociaux. Notre choix d'une approche par les acteurs rend nécessaire la compréhension des significations données au bien-vieillir, les différences entre celles-ci et leur conséquence sur l'usage du terme et sa mise en pratique dans les centres sociaux (**chapitre 5**). Suite à cela, le **chapitre 6** propose une analyse sur les effets des actions des centres sociaux sur l'une des dimensions les plus mises en avant quant à la promotion du bien-vieillir : la participation sociale des aînés. La **troisième partie** interroge les centres sociaux en tant qu'acteurs de proximité, qu'acteur du bien-vieillir dans les territoires. Le **chapitre 7** repose sur l'analyse de la place du territoire et de la proximité dans les centres sociaux, leurs pratiques et leurs actions. Enfin, le **chapitre 8** présente une analyse des centres sociaux comme acteur du bien-vieillir via leur inscription au sein du système des acteurs gérontologiques.

Partie II : Bien-vieillir : de la stratégie du réseau à la participation sociale des aînés

Introduction de la Partie II	177
Chapitre 5 : Dire, faire et vivre le bien-vieillir dans les Centres Sociaux.	181
Introduction	181
1. Dire le bien-vieillir dans les Centres Sociaux : enjeux stratégiques et lisibilité de l'action	182
2. Faire et vivre le Bien-vieillir dans les Centres Sociaux : entre compréhensions professionnelles et pratiques personnelles	205
Conclusion du chapitre 5	227
Chapitre 6 : La participation sociale : une clé pour bien-vieillir ?	229
Introduction.	229
1. Les interactions sociales : les apports de la consommation d'activité	233
2. Les activités collectives : Apprendre et exister	248
3. Le bénévolat et l'engagement : entre accomplissement et épuisement	265
Conclusion du chapitre 6	276
Conclusion de la Partie II	279

Introduction de la Partie II

Cette deuxième partie aborde une première dimension de l'analyse : le bien-vieillir pour et dans les Centres Sociaux (voir tableau 20). Il y sera question de la manière dont la proposition des Centres Sociaux relève de la promotion du bien-vieillir et les enjeux que cela soulève, que ce soit en termes de discours, de pratiques ou d'impacts sur les individus.

Tableau 20 : Axes de recherche de la partie II

Questions de recherche	Axes	Chapitres
Quel est le rôle, la place du territoire dans la pratique des Centres Sociaux ? Comment la démarche de diagnostic du projet social oriente-t-elle l'action des structures ? Dans le quotidien des structures, existe-t-il une différence entre l'usager et l'habitant ?	La question du territoire dans les Centres Sociaux	Chapitre 7
En quoi alors les actions répondent-elles à des problématiques identifiées sur le territoire ? Comment ces problématiques sont-elles identifiées ?		
Comment les Centres Sociaux, via leur action territoriale, se proposent-ils d'être des « partenaires des pouvoirs publics » sur la question du vieillissement ? Quel regard portent les pouvoirs publics en question sur les Centres Sociaux ? Quel est, ou peut-être, le rôle des Centres Sociaux dans l'action publique autour du vieillissement ?	Les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir	Chapitre 8
Quelle est la place que peuvent prendre les Centres Sociaux ? Comment s'intègrent des acteurs d'animation globale et collective dans un champ historiquement structuré autour d'une intervention sectorisée et individuelle ?		
Comment se placent les Centres Sociaux entre ces différents courants, qui coexistent et positionnent les acteurs locaux ? Sont-ils intégrés et reconnus par d'autres acteurs ? Sur quoi porte cette reconnaissance, si elle existe ? Quels peuvent être les freins à cette reconnaissance ? Existe-t-il des différences départementales ?		
L'action « vieillissement » des Centres Sociaux est-elle une action endogène ou exogène ? Par qui, comment et pourquoi est-elle définie ?	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux	Chapitre 5
En quoi la culture professionnelle des Centres Sociaux joue-t-elle un rôle dans leur proposition en termes de vieillissement ?		
Quelles implications, l'intégration des Centres Sociaux a sur leurs pratiques dans un contexte prompt à l'isomorphisme institutionnel ?		
Evaluer l'impact de l'action des Centres Sociaux en termes de Bien-vieillir revient à comprendre en quoi est ce qu'ils donnent la possibilité de participer. Quelle perspective doit-on alors mettre en avant pour qualifier le bien-vieillir ?	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux	Chapitre 6
Quelles sont ces activités ? Pour qui et par qui sont-elles pensées ? Quelles sont leurs traductions en termes de bien-vieillir ? Aux besoins de quelles populations répondent-elles ? Sont-elles accessibles à tout type de population ?		

Réalisation : Juliette Michel 2019

Il s'agit donc dans un premier temps de comprendre ce qu'est le bien-vieillir pour les Centres Sociaux, ce que signifie ce terme, les raisons de son usage et les pratiques que cela recouvre (**chapitre 5**). Revenir sur la généalogie du terme dans le réseau des Centres Sociaux revient à se reposer la question des dynamiques endogènes et exogènes des Centres Sociaux. Les archives montrent que les Centres Sociaux se sont toujours adressés au public de plus de 60 ans, pourtant le bien-vieillir comme cadre de cette action est récent et correspond à un contexte politico-partenarial particulier. L'origine du terme et ces différentes compréhensions parmi les acteurs des Centres Sociaux contribuent à une controverse quant à son sens et son usage. Les différents points de vue et cultures professionnelles des Centres Sociaux

conduisent à une acception particulière de ce qu'est le bien-vieillir, qu'il convient de confronter avec celle qu'en ont leurs usagers.

Qui sont ces usagers de plus de 60 ans ? L'analyse des fichiers adhérents des Centres Sociaux du panel, on ne dispose que de peu d'informations sur les personnes des plus de 60 ans fréquentant les Centres Sociaux car peu de structures renseignent cette information (voir partie III chapitre 7 – 1.2.2). Sur les 15 fichiers adhérents récupérés, seuls 8 présentent l'âge. Il est néanmoins possible d'en tirer des grandes tendances, confirmées par l'auto-questionnaire SBE, l'enquête usager et les observations.

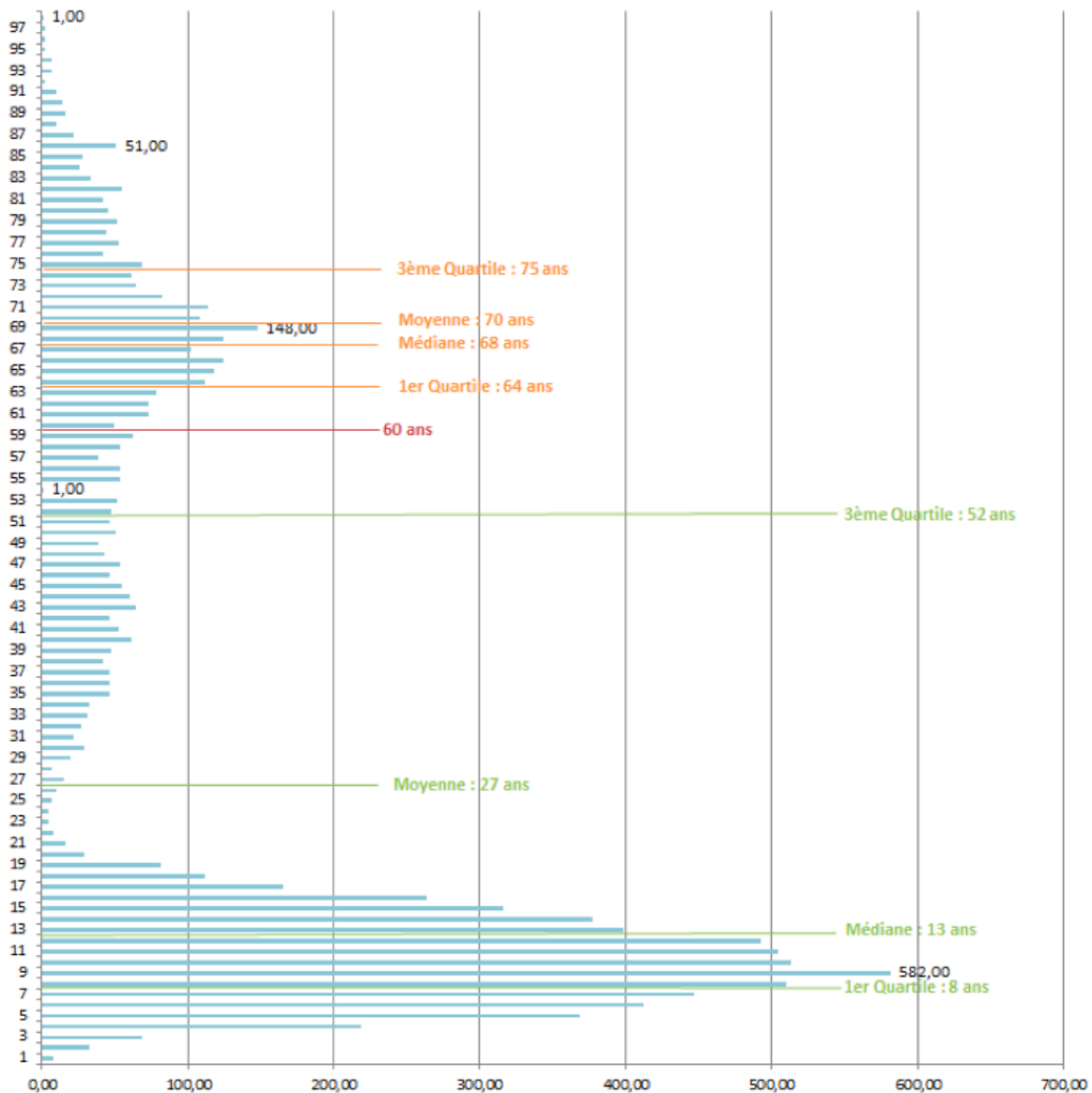
Le public de plus de 60 ans des Centres Sociaux est principalement composé de jeunes retraités. La moyenne d'âge sur les 8 Centres Sociaux du panel est de 70 ans et l'âge médian de 68 ans⁸⁶. Ils constituent l'une des populations les plus importantes des Centres Sociaux, après les moins de 20 ans (voir figure 21). Les usagers des Centres Sociaux sont majoritairement des femmes, représentant dans les 8 Centres Sociaux plus de 70 % des plus de 60 ans⁸⁷. C'est également une classe d'âge sur laquelle les Centres Sociaux accueillent peu de public précaire. On ne dispose que de peu d'informations sur le revenu des usagers, un seul fichier présentant cette donnée. Néanmoins les résultats de l'auto-questionnaire SBE montrent que 4 des 150 répondants déclarent recevoir le minimum vieillesse et 2 le RSA⁸⁸ ce qui fait un taux de précarité assez faible. En 2018, 3,2 % des allocataires du régime général des retraites touchent de minimum vieillesse (CNAV 2018 - contre 2,6 % parmi des adhérents des Centres Sociaux). L'analyse des anciennes catégories socioprofessionnelles (CSP) apprend que les usagers de plus de 60 ans des Centres Sociaux appartiennent à la classe moyenne au sens large (les employés et profession intermédiaires étant les CSP le plus courantes⁸⁹). L'auto-questionnaire est également notre seule source pour avoir des données chiffrées quant à l'autonomie des usagers de plus de 60 ans. Ces résultats montrent que les usagers des Centres Sociaux sont des personnes autonomes puisque seul un des répondants déclare recevoir l'APA et un l'Allocation Adulte Handicapé.

⁸⁶ L'âge moyen des répondants à l'auto-questionnaire SBE et à l'enquête usager est aussi de 70 ans, l'âge médian pour l'auto-questionnaire est de 68 ans, 69 ans pour l'enquête

⁸⁸ Revenu de solidarité active

⁸⁹ Les anciens employés représentent respectivement 41 % et 17 % des répondants à l'auto-questionnaire SBE et l'enquête usagers. Les anciennes professions intermédiaires représentent respectivement 17 % et 31 % des répondants à l'auto-questionnaire SBE et l'enquête usagers

Figure 21 : Pyramide des âges des Centres Sociaux du panel présentant cette information



Source : Galand et Michel 2017

Les Centres Sociaux s'adressent donc à une portion particulière des plus de 60 ans et ces particularités sont à prendre en compte quand on présente leurs perspectives sur le bien-vieillir et les impacts qu'ont les actions des Centres Sociaux sur eux.

Ces impacts, nous proposons de les lire par une dimension du bien-vieillir mise en avant par la littérature, les Centres Sociaux ou leurs usagers : la participation sociale (**chapitre 6**). Celle-ci va prendre des formes diverses dans le Centre Social, de la participation passive à des activités à l'engagement militant et bénévole. En examinant ces différentes formes de participation sociale, nous proposons d'examiner quels sont les apports, les limites et les publics de chacune d'elle. Cela permet de construire une compréhension de l'apport des Centres Sociaux à la création d'espaces de bien-vieillir.

Chapitre 5 : Dire, faire et vivre le bien-vieillir dans les Centres Sociaux

Introduction

Le Centre Social, en tant que porteur d'une proposition d'action publique, fait appel à des concepts, à une culture et à un imaginaire politique de l'action sociale ou socioculturelle. Il participe ainsi à une « culture politique partagée »⁹⁰ avec des structures du même ordre (comme d'autres Centres Sociaux), des institutions tutélaires (comme la CAF) ou partenaires (comme les collectivités territoriales). Parce qu'il s'inscrit dans cette trame générale, le projet Centre Social⁹¹ est soumis à des contraintes (Ricœur 1990)⁹² :

- D'ordre formel : un projet social doit répondre à un certain nombre de critères
- D'ordre éthique : un Centre Social défend certaines valeurs.
- De l'ordre de la « grammaire » : cohérence des termes et concept utilisé avec les termes et concepts utilisés au sein de la « culture partagée ».
- De l'ordre de la justification : les questions traitées par le Centre Social se doivent de s'inscrire dans un contexte plus large de bien commun ou d'utilité publique (Cefaï 2009).

L'orientation des politiques du vieillissement vers la promotion d'un bien-vieillir conduit à admettre le terme au rang de ces concepts faisant partie d'une culture politique partagée malgré l'absence de consensus autour de sa définition (voir partie I chapitre 2 – 3.2). Par exemple, les Centres Sociaux s'inscrivent parmi les porteurs des actions des plans des Conférences des financeurs (voir partie III chapitre 8 – 2.2), plans régulièrement nommés bien-vieillir (ex. : « *Bien-vieillir en Sarthe 2018* »).

Malgré le recours au « bien-vieillir », les réalités de pratiques, d'action et de compréhension par les acteurs des Centres Sociaux sont diverses, voire antagonistes. C'est cette diversité des sens et des réalités du bien-vieillir qu'explore ce chapitre. Il s'agit d'une analyse de discours. Les outils mobilisés dans ce chapitre sont : les entretiens avec les acteurs du réseau, les observations générales et fédérales, l'auto-questionnaire JPAG, les archives de la fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France (FCSF), l'analyse des projets sociaux et l'enquête usagers. Notre analyse porte sur deux échelles. Un premier temps porte les échelles fédérales, quand le second temps porte sur les professionnels des Centres Sociaux et leurs adhérents.

⁹⁰ On comprend ici la culture politique partagée comme une culture commune exprimée dans des cadres sociotechniques organisés par des conventions. Celle-ci permet la justification de l'action. (Thévenot et Boltanski 1991)

⁹¹ On distingue ici le projet Centre Social, c'est-à-dire le projet et les ambitions de ces structures matière de changement de la société et d'action. Il s'agit d'un projet politique, qui ne correspond aux projets sociaux des Centres Sociaux, exercice de diagnostic socioterritorial faisant l'objet d'une analyse particulière dans la thèse (voir partie I chapitre 4 – 1.3.1) qui nourrit les réflexions sur le projet Centre Social et sa formulation.

⁹² Paul Ricœur explique la nécessité de soumettre la visée éthique (ici le projet social) à la norme (ici les codes d'une culture partagés). Ce faisant, l'expression de cette visée passe par les codes inhérents à la norme.

La première partie de ce chapitre permet d'avoir un regard d'ensemble sur le vieillissement dans les Centres Sociaux, l'histoire de cette action et les réflexions qui sont portées à l'échelle fédérale dans une logique politique et partenariale. Il s'agit de s'interroger sur le recours au terme bien-vieillir dans la définition de l'action des Centres Sociaux. Le développement d'actions vers un public âgé de plus de 60 ans par les Centres Sociaux étant antérieur à l'utilisation du « bien-vieillir », pourquoi avoir eu recours à ce terme ? **(II.5.1.)**

Le second volet de ce chapitre se penche sur les compréhensions du bien-vieillir par les professionnels des Centres Sociaux et les personnes de plus de 60 ans. Les observations, entretiens et divers échanges ont mis en lumière des tensions autour de la définition du bien-vieillir et de son usage au sein du réseau, ainsi qu'autour du rôle du Centre Social dans sa construction. Il s'agit donc d'éclairer le sens du bien-vieillir pour les Centres Sociaux, tout en s'intéressant à ce qu'est le bien-vieillir pour les personnes des plus de 60 ans dans les Centres Sociaux **(II.5.2.)**.

1. Dire le bien-vieillir dans les Centres Sociaux : enjeux stratégiques et lisibilité de l'action

Introduction

Les Centres Sociaux accueillent tous les habitants sans distinction de sexe, d'âges ou de cultures. Néanmoins, leur histoire et leur implication dans le champ de l'éducation populaire (voir partie I chapitre 1 – 1.1) les ont rendus lisibles dans les domaines d'actions enfance jeunesse-famille, mais peu dans celui des personnes âgées. C'est pourtant un public qui a toujours été présent au sein des structures. On retrouve des actions envers un public « âgé » dès les structures pionnières. Leur place, leur considération et l'action qui leur étaient destinées ont évolué au cours de l'histoire des Centres Sociaux. La dynamique de réflexion fédérale nationale sur le vieillissement, qui aboutit à la l'adoption du terme bien-vieillir, date de 1999/2000.

Un retour sur l'histoire des plus de 60 ans dans les Centres Sociaux permet de dégager les deux niveaux à prendre en considération : celui de l'action locale de Centres Sociaux singuliers et celui de la formulation de cette action à un niveau global. Cet exposé permet de souligner deux points essentiels :

- Il n'est pas possible d'offrir un regard sur l'action des Centres Sociaux en ne prenant en compte que l'une ou l'autre de ces échelles.
- La formulation de l'action des Centres Sociaux dépend d'un contexte démographique, politique et partenarial particulier. Cette formulation est le résultat d'évolutions successives, elle continue à évoluer et ne peut pas être comprise comme le résultat d'une réflexion endogène au réseau des Centres Sociaux.

La proposition des Centres Sociaux a fortement évolué au cours de son histoire et reste un champ d'intervention en construction. Les plus de 60 ans sont passés de sujets passifs d'une intervention sanitaire à des sujets actifs d'une animation sociale. L'action des Centres Sociaux se définit sur trois piliers relevant de leurs histoires, de leurs pratiques et de leurs valeurs (voir Galand 2019) : la prévention, la participation et l'intergénérationnel (**II.5.1.1**). Cette évolution des pratiques amorce une dynamique fédérale et partenariale conduisant à un positionnement stratégique sur le bien-vieillir (**II.5.1.2**). La combinaison de ces dynamiques locales et fédérales et des manières de les qualifier et de les présenter rend difficilement lisibles les actions des Centres Sociaux envers les plus de 60 ans (**II.5.1.3**).

1.1. Du vieillard assisté au retraité participant

1.1.1. Prévention

Les actions envers un public « âgé » dans les centres remontent aux premières structures avec la trace d'un « club des anciens » au sein de la résidence sociale de Levallois Perret. Ce qu'il proposait tenait alors de l'action sanitaire et non de la proposition de loisirs, se rapprochant plus du dispensaire que des « clubs du 3^e âge ». Sans renier les dimensions sociales de leur action telles que théorisées par les pionnières (voir partie I chapitre 1 -1) avec la proposition de temps conviviaux, sur le voisinage avec la proposition de goûter ou des fêtes « des vieillards », la dimension de prévention sanitaire est toutefois prégnante.

« La santé et la prévention font partie des types d'actions menées par [la résidence sociale] et ceci dès le départ. [...] En fait, le rôle du Centre Social défini ainsi est celui de conserver la santé plutôt que de la guérir. Il a essentiellement un rôle de prévention » (Fayet-Scribe 1990, p.138-139).

Au début des années 50, 62 % des Centres Sociaux enquêtés dans le rapport de Jean-Marie Arnion et Juliette Maze (1952) proposent des services de soins et de dispensaires (voir aussi figure 3, partie I chapitre 1 – 1.1.2.a). La prévention envers ce public alors qualifié de « vieillard » se décline sur des axes tenant de l'assistance sociale, associant cette dimension sanitaire à d'autres actions tenant plus du portage de repas et de l'aide à domicile (voir partie I chapitre 2 – 2.1.4.b). La personne est alors le sujet de l'action.

Les années 60-70 marquent un tournant dans l'action des Centres Sociaux, avec une orientation plus marquée sur le socioculturel et particulièrement pour leurs actions envers le public retraité. L'action sociale vieillissement se structure avec, entre autres, la mise en place des préconisations du rapport Laroque et la structuration et la professionnalisation de l'intervention médicosociale sur le public âgé. Cette institutionnalisation et la montée du professionnalisme des pratiques médicosociales contribuent à écarter les structures non spécialisées sur le vieillissement de la construction du secteur (voir partie I chapitre 2 – 2.1). Dans le même temps, le virage des Centres Sociaux vers le socioculturel les éloigne de la prise en charge des questions de santé.

Il faut attendre les années 90 pour constater un retour de la dimension prévention. Ces années correspondent à l'approche de la retraite des baby-boomers et coïncident avec la montée de la question de la dépendance. Dans les politiques publiques, cela se traduit par une orientation plus marquée vers les approches médicosociales. La sensibilisation du public à ces questions entraîne l'interpellation des Centres Sociaux sur des sujets liés à ces enjeux : le maintien à domicile, la prévention de la perte d'autonomie, etc.

Les Centres Sociaux renouent avec leur tradition de prévention, mais sous une forme différente. Ce ne sont plus des structures d'action sociale disposant de professionnels du médicosocial (assistante sociale, infirmière, etc.) comme dans les années 50. Les Centres Sociaux des années 90 sont des structures socioculturelles avec des professionnels de l'animation et développent une forme de prévention basée sur cette pratique. Ils étaient d'ailleurs déjà impliqués dans des dispositifs de prévention sur d'autres publics, notamment la prévention de la délinquance juvénile.

La proposition n'est plus une prévention « sanitaire » axée sur la santé physique, mais une prévention axée sur les comportements et la promotion d'activités et d'habitudes permettant de prévenir les risques. Dans le cas de la délinquance juvénile, la prévention de ces risques passe par l'intégration des jeunes. C'est notamment dans ce cadre que l'on va voir se développer des activités sportives dans les Centres Sociaux, à partir de la fin des années 80 (Galand 2019). Cela correspond à la convergence de deux mouvements différents. D'un côté, les Centres Sociaux font partie des structurations d'animation de la vie des quartiers HLM qui font être sujet à des dispositifs de prévention de la délinquance. D'un autre côté, le développement de « l'intégration par le sport » dans les années 80 traduit l'intégration des pratiques sportives dans les pratiques socioculturelle. Michel Koebel (2010) montre que cela passe par la compréhension de la pratique sportive comme un outil d'éducation populaire.

Figure 22 : Exemples d'activités sportives pour les plus de 60 ans

GYM ADAPTÉE Pour conserver son autonomie
Développement des réflexes, faculté d'équilibration, renforcement musculaire sont autant d'atouts pour prévenir les chutes, mais aussi pour se relever en cas de perte d'équilibre. C'est le programme de la gym adaptée qui contribue à la qualité de vie.
Le mardi de 11h à 12h (salle St Louis / Puy Notre Dame)
Intervenant : Jean-François BROCHARD
Tarifs : 152€ ; 85€ pour les personnes non imposables et 128€ pour les +60 ans

PRÉVENTION DES CHUTES
Améliorer la qualité de vie par le maintien de l'équilibre
Apprendre les gestes et postures pour éviter la chute, diminuer la peur de tomber, diminuer la gravité des chutes, sensibiliser les personnes à des attitudes de vie positives, tant sur le plan physique, psychologique que social, favoriser l'autonomie et augmenter l'espérance de vie sans incapacité.
Le lundi de 15h à 16h (le clos des Illas/Coudray-Macouard)
Intervenante : Alicia DERISSON
Tarif : 64€ (32 séances / 1 séance par semaine)

Cours de Pilates GYM D'ENTRETIEN

Débutants
Lundi 18h30
Nouveaux cours :
Vendredi 12h30
Vendredi 14h00

Sweet Pilates
Lundi 17h30
Initiés
Lundi 19h30

Le mardi de
09h15 à 10h15 ou de 10h15 à 11h15

Source : Centres Sociaux Rolland charrier (49)- La Fontaine (44) – Horizon (49)

La dimension de prévention par la pratique d'une activité sportive se retrouve pour les plus de 60 ans. Ainsi certains Centres Sociaux proposent des activités de « gym d'entretiens » ou « adaptée », ou des activités dont le titre ne présente pas cette dimension, mais qui vont être illustrées par des images de personnes de plus de 60 ans, soulignant ainsi le public visé (voir figure 22).

La prévention pratiquée par les Centres Sociaux s'inscrit dans un cadre sociétal. On essaie de travailler à renforcer les liens au sein de la société en tentant de renforcer l'intégration sociale des individus et ainsi de prévenir les situations d'isolement voire de dépression. Les risques ciblés sont à la fois physiques (e.g. ateliers de prévention des chutes) et sociaux : isolement, fracture numérique, mobilité, développement de lien social pour les jeunes retraités, etc. Cette considération de la prévention vient souligner l'un des autres axes de l'action des Centres Sociaux envers les plus de 60 ans : la participation.

1.1.2. Participation

L'affiliation à la CAF structure l'identité des Centres Sociaux en tant qu'acteurs de l'animation globale (voir partie I chapitre 1 -1.1.2). Durant un atelier sur les personnes âgées du Congrès de la FCSF en 1972, le constat est exprimé que les Centres Sociaux « *se sont jusqu'à présent assez peu impliqués [auprès les personnes âgées] — le problème des jeunes présentant une dimension massive* » (FCSF 1972). Ce n'est pas pour autant que les personnes âgées ne sont pas présentes dans les Centres Sociaux, ou qu'ils ne s'inscrivent pas dans certaines actions.

Un regard plus approfondi sur les Centres Sociaux montre que la question du public âgé émerge dans certains types de territoires notamment ruraux. L'exode rural a contribué au vieillissement de la population⁹³ de ces territoires et les Centres Sociaux se trouvent amenés à se saisir de cette question. C'est notamment le cas des partenariats avec les clubs d'ainés ruraux et de l'implication de l'action sociale des MSA (mutualité sociale agricole) dans les Centres Sociaux. Certains Centres Sociaux de quartier urbains populaires amorcent des réflexions sur les « économiquement faibles », parmi lesquels se trouvent les personnes âgées en situation de pauvreté (Colombani 2012).

Un des éléments d'introduction de cette réflexion est la dimension de l'habitant participant. En prônant l'association des habitants au fonctionnement des Centres Sociaux (voir partie I chapitre 1 - 1.1.2.c.), la question de l'âge de ceux-ci émerge notamment dans les milieux ruraux :

« Le troisième âge est composé de personnes qui ont bien souvent eu des responsabilités importantes au cours de leur vie active. Ces personnes peuvent apporter au Centre Social des concours inestimables, compte tenu du temps dont elles disposent et de la qualité des apports qu'elles peuvent faire » (FCSF 1974).

⁹³ On parle bien ici de vieillissement de la population en le distinguant de la gérontocroissance. L'enjeu, à cette période, est plus la perte de population d'autre classe d'âge que l'augmentation du nombre de personnes âgées.

On peut rapprocher cette valorisation des compétences et de la ressource que représentent les personnes retraitées des courants du vieillissement actif et productif qui émerge dans les mêmes années (voir partie I chapitre 2 - 1.2).

Encadré 6 : Les Centres Sociaux et la cohésion sociale

Régis Cortéséro identifie la cohésion sociale comme l'un des 4 référentiels de l'action des Centres Sociaux (avec l'intégration, l'individuation et l'équilibre conflictuel - Cortéséro 2013). L'auteur identifie l'émergence de ce référentiel à la sortie des Trente Glorieuses avec la prise de vitesse de la mondialisation, qui est vue comme « *ayant rompu le lien entre solidarité sociale et progrès économique* » (Paugam 2005) et le creusement des inégalités, avec notamment, l'idée d'une société à plusieurs vitesses (s'illustrant notamment dans les milieux urbains avec, par exemple, l'émergence de la figure de la banlieue). Les politiques publiques doivent alors se saisir de la question du « délitement » du lien social, et se tournent, « *non plus, dans les structures macro sociales, mais dans la consistance, le volume et la qualité des liens que développent les individus* » (Cortéséro 2013 p.38). Progressivement, cette idée de cohésion va venir remplacer celle de solidarité prégnante dans l'action sociale depuis 1945. L'action sociale change donc de nature. Il ne s'agit plus d'intégrer l'individu via l'éducation à des normes sociales, mais de s'appuyer sur la subjectivité des individus. Ils sont responsables d'eux-mêmes et de leur envie de s'investir, de s'engager, d'adhérer à la société. À cela, il convient d'ajouter la dimension de la participation civique (entendue ici comme la participation à la vie de la communauté). Dans la conceptualisation de Robert Putman (2000), la participation favorisant la confiance, la responsabilité et de sens du bien commun est un moteur de création et de maintien du capital social. C'est dans cette lignée que l'on va retrouver la promotion de la participation dans les politiques de la ville. Elle y vise à créer un sentiment de solidarité en s'appuyant sur la confiance et le lien social.

Ce référentiel de la cohésion sociale est prégnant dans les Centres Sociaux aujourd'hui. Comme le souligne Régis Cortéséro, la définition des objectifs du Centre Social dans la circulaire CNAF de 1995 est à relier directement à ce référentiel :

« *Le Centre Social se caractérise par son rôle d'animation globale, sociale et locale, comme un lieu ouvert de rencontres et d'initiatives, par l'offre de services et d'activités coordonnés, par la concertation locale pour faciliter le développement social.* » (CNAF 1995 p.11)

La vocation sociale globale des centres est définie comme « *la participation du plus grand nombre à la vie locale* ». C'est également par l'affirmation de la solidarité comme valeur de référence dans la Charte fédérale des Centres Sociaux et socioculturels de France (FCSF 2000) que s'exprime l'importance du référentiel de la cohésion sociale dans les Centres Sociaux. Celle-ci définit la solidarité ainsi :

« *Les individus deviennent des acteurs solidaires qui s'engagent dans des rapports sociaux qu'ils contribuent à constituer, tels que les liens familiaux, les relations de voisinage, les convivialités, les solidarités de groupe, les rencontres interculturelles, les participations associatives, les rapports de travail, les engagements citoyens...* ».

La cohérence et l'unité de la société s'obtiennent via les relations entre les individus. L'intégration de la notion de Développement social local (DSL) comme élément de définition du Centre Social vient encore renforcer le lien avec ce référentiel. Le DSL et la cohésion sociale partagent en effet un héritage proche et mobilisent les mêmes concepts (participation, capital social...) (Cortéséro 2013.)

Cette question de la participation est à rapprocher de la cohésion sociale (voir encadré 6). La situation de retraité est identifiée dans ce qu'elle peut représenter de perte de rôles sociaux et la participation apparait comme un moyen de pallier cela. Cette ambition a été formulée dès le congrès de 1972 où « *tous les modes de participation des personnes âgées [sont] compris comme "des actions promotionnelles" [qui peuvent] leur redonner un rôle social qui apparemment leur fait défaut* »

(FCSF 1972, p.29). En 1984, la fédération des Centres Sociaux du Rhône met en place une commission « retraités » qui formule que « *le Centre Social, lieu de rencontre ; par ses activités spécifiques permet aux retraités de rester dans la vie sociale et par ses activités inter-âges de jouer un rôle social.* » (cité dans Galand 2019). La personne de plus de 60 ans n'est donc plus seulement un sujet mais un participant de l'action et c'est par cette participation que le Centre Social permet de répondre aux problématiques identifiées autour de la perte de rôles sociaux. Dans ce cadre, les Centres Sociaux proposent des activités qui permettent aux individus d'endosser des rôles sociaux et de détenir, à travers les échanges, un véritable capital social (voir partie II chapitre 6 – 1.2.3.b). Cela nous conduit à nous intéresser au 3^e et dernier axe de développement de l'action des Centres Sociaux envers les plus de 60 ans : Le Centre Social comme vecteur de lien intergénérationnel.

1.1.3. Intergénérationnel

Un autre élément concourant à l'introduction de la question des âges dans les Centres Sociaux est la question de l'intergénérationnalité de leurs actions.

La circulaire CNAF de 1984 relative aux orientations des Centres Sociaux les définit comme « *un équipement à vocation familiale et pluri-générationnelle* » accordant une place aux personnes retraitées au sein de l'action sociale familiale. L'agrément CAF formule cette volonté d'inscrire l'animation sociale dans des démarches d'animation locale.

Dans ce cadre, il s'agit, pour l'intervention auprès des publics retraités, de promouvoir une vie sociale « *active, relationnelle et d'utilité sociale, puis des relations positives entre générations* » (Colombani 2012). Malgré une orientation « famille » marquée, cette circulaire conduit les Centres Sociaux à adopter une démarche d'ouverture à toutes les générations. Elle leur confère un rôle de mise en relation de ces générations, allant au-delà de la simple mise en présence de générations différentes pour faire du lien entre les générations (voir partie II chapitre 6 – 2.3).

Poursuivant leur ambition de « mieux vivre ensemble », les Centres Sociaux cherchent à mélanger les générations dans des activités communes. L'action n'est donc plus uniquement une transversalité des publics et des interventions (dimension illustrée par la dimension globale de l'animation), mais aussi de l'âge de ses publics, l'ouvrant aux personnes de plus de 60 ans.

Cette dimension est particulièrement mise en avant dans les années 90. Dans un contexte d'investissement important des Centres Sociaux dans des dispositifs de politiques publiques, qui développent une intervention sectorisée et spécialisée sur certains publics, l'argument de la transversalité devient un élément majeur du discours des Centres Sociaux sur leurs pratiques. Le discours sur la transversalité vient se superposer à des pratiques des publics dans les financements (voir partie I chapitre 1 – 1.1.3).

La transversalité intergénérationnelle des publics est présente tout en s’inscrivant dans une intervention sectorisée, centrée sur l’enfance ou la jeunesse. C’est ce qu’illustrent les exemples de fiches « action » issues de projets sociaux présentés dans la figure 23. Les deux actions ont pour ambition d’être intergénérationnelles et les deux ont pour public cible principal les jeunes. Le ciblage particulier de cette tranche d’âge pose d’autant plus question dans le cas de la première action qui repose sur le constat de l’importance de la population de plus de 60 ans sur le territoire.

Figure 23 : Exemples de fiche action intergénérationnelle

<input checked="" type="checkbox"/> Action nouvelle <input type="checkbox"/> Action existante		Responsable permanent	
<input type="checkbox"/> Action du projet antérieure non réalisée reconduite		Responsable bénévole	
Date de mise en œuvre			
Degré de priorité			
Axe	Agir pour rapprocher les générations		
Objectif général	Créer des lieux de partage et de transmission entre les générations		
Objectifs opérationnels	Renforcer le lien entre les habitants Décloisonner les différents secteurs d'activité de l'Espace Grain de Sel		
Constat	Sur l'île de Noirmoutier, 40 % de la population est âgée de plus de 60 ans. A l'inverse, 20 % d'entre elle a moins de 30 ans. Aujourd'hui, il est essentiel que le Centre Social puisse les inciter à se rencontrer, à échanger... En effet, même si ces dernières années, des actions intergénérationnelles ont abondé les programmes d'animations de l'Accueil Jeunes, elles sont restées ponctuelles. Malgré cela, elles ont eu quasiment à chaque fois un écho favorable auprès de l'ensemble des participants (jeunes et bénévoles référents d'ateliers).		
Descriptif de l'action	Stages et initiations animés par les bénévoles référents des ateliers (customisation de vêtements, loisirs créatifs, cuisine...)		
Public cible	Jeunes âgés de 11 à 17 ans Bénévoles référents des ateliers		
Fête mondiale du Jeu en centre-ville de Laval			
Constats	<ul style="list-style-type: none"> - Implication d'un public de jeune adultes mais aussi intergénérationnel sur l'organisation de la manifestation culturelle familiale au centre-ville de Laval, - Volonté de l'association d'être porteuse d'un projet qui rassemble bénévoles, partenaires associatifs et institutionnels. - Adhésion d'un public familial d'environ 3000 personnes sur une semaine d'animation (fin mai/début juin chaque année) 		
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les relations inter-générationnelles autour d'une opération d'envergure, - Créer du lien social, 		
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre à des jeunes de s'impliquer à travers un réseau et ses échanges, - Mettre à disposition des outils pour favoriser la menée du projet en terme d'organisation (animations, gestion, communication, ...), - Partager une passion commune autour de la thématique "Jeu". 		
Public	- 14/25 ans et intergénérationnel.		

Sources : Espace Grain de Sel (2016); Centre Lavallois d'éducation populaire (2015)

Il faut prendre la présentation de cette action dans le contexte du Centre Social et de ces ambitions. Dans ce projet social, la dimension intergénérationnelle est traitée avec la dimension familiale dans un point nommé « *Agir pour rapprocher les générations et positionner l'espace grain de sel comme un lieu*

ressource pour les familles» (Espace Grain de Sel 2016, p.39). Le projet social associe clairement la dimension intergénérationnelle de l'action avec la fonction familiale. Plus encore, le développement de l'action intergénérationnelle a pour but l'obtention de l'agrément collectif famille auprès de la CAF.

«Le Centre Social souhaite poursuivre en ce sens plus que jamais en donnant à ces échanges, une dimension intergénérationnelle. Il marque également sa volonté de s'ouvrir réellement aux familles en formulant pour la première fois, dans le présent projet, une demande d'agrément Animation collective Familles.» (ibid.p.39)

Le lien entre « intergénérationnel » et famille se présente de manière similaire pour la seconde fiche action où l'un des constats est l'adhésion familiale au sein du Centre Social. Dans les deux cas, la dimension intergénérationnelle des actions, la transversalité des publics, est présentée au sein de grille d'intervention sur un public sectorisé.

1.2. De l'action à ses principes : les précautions du discours fédéral

L'action des Centres Sociaux envers les plus de 60 ans s'articule autour de 3 grands axes : la prévention, la participation et l'intergénérationnel. Ils permettent de délimiter à grand trait l'action « vieillissement » des Centres Sociaux, mais ne suffisent pas à la compréhension du recours au bien-vieillir. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une considération fédérale sur les enjeux partenariaux.

À partir des années 90, les personnes de plus de 60 ans sont considérées comme un public nouveau pour les Centres Sociaux. Les problématiques liées à la dépendance ainsi que la prise de conscience, au niveau national, de la question du vieillissement démographique⁹⁴ contribuent à un changement d'échelle. D'une réflexion des centres au niveau local (à l'exception de quelques dynamiques fédérales départementales sur la question) on passe à une dynamique fédérale nationale au début des années 2000 :

« Cette évolution de la démographie, la prise de conscience des conséquences de tous ordres de ce phénomène, les mutations sociales, économiques que provoque l'accroissement du vieillissement dans notre société, ont amené les Centres Sociaux fédérés à prendre une orientation et à développer, dès 2000, un chantier sur le thème : "Renforcer les solidarités intergénérationnelles pour faire place aux personnes vieillissantes dans l'échange social", décision prise lors de l'Université fédérale d'automne, à Dourdan, en 2000 » (FCSF 2012)

L'intervention auprès des personnes de plus de 60 ans passe d'une pratique « traditionnelle » d'animation sociale dans certains Centres Sociaux (territoires ruraux et centres urbains dans des quartiers sujets à une immigration ancienne), à un sujet de construction et de positionnements fédéraux qui se « f [ont] dans les années 1999-2009, avec l'élargissement des partenariats » (Colombani 2012, p.22).

⁹⁴ Pris comme à la fois le vieillissement et la gérontocroissance

1.2.1. Un positionnement fédéral basé sur le partenariat

1.2.1.a. Des partenariats structurants

L'élargissement des partenariats commence en 1999, avec l'association de la FCSF à la Fondation de France dans le cadre du concours « *Alliance des âges* », ouvert à des projets locaux contribuant à : « *modifier le regard d'une génération sur l'autre et de contribuer à restaurer le lien social* ». Cette association est renouvelée entre 2002 et 2004, avec une convention partenariale avec la Fondation de France portant sur : « *vieillir dans son quartier, dans son village, des aménagements à inventer ensemble* » (cité dans Galand 2019). En plus d'une association sur le dispositif, les Centres Sociaux sont aussi parmi les structures primées par ces concours ou retenues dans les appels à projets.

Entre 2006-2008, ce partenariat fait l'objet d'un accord-cadre. Il porte sur l'accompagnement et la formation des délégués fédéraux locaux autour de la question du vieillissement et du développement social local (DSL). Cela conduit à la mise en place du projet fédéral national « *Les Centres Sociaux accompagnent le vieillissement dans une démarche de développement social local participatif* ». Il s'agit de soutenir les acteurs des Centres Sociaux et de construire une action fondée sur la pratique des centres, via le développement des diagnostics dans des démarches de DSL. Cette démarche aboutit à la constitution par la FCSF d'un réseau régionalisé de projets accompagnés (Colombani 2012), ainsi qu'à la mise en place de la commission nationale DSL et vieillissement (DSLIV).

En octobre 2009 une convention avec la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) est signée. La circulaire de la CNAV, suivant ce conventionnement précise que le développement de ce partenariat repose sur :

« *la nécessité de contribuer au renforcement d'une offre de service en matière d'actions collectives de prévention sur les territoires, organisées avec des partenaires locaux en direction des retraités en situation de fragilité relevant des GIR 5 et 6* » (Direction nationale de l'action sociale 2011).

Le guide référentiel méthodologique publié l'année suivante pour accompagner la mise en place de partenariats entre les fédérations locales et les Carsat (caisse d'assurance retraite et de la santé du travail – émanations régionales de la CNAV) précisent que les Centres Sociaux apportent « *leurs savoir-faire dans le champ du développement social local* » (CNAV et FCSF 2012, p.6). Ce guide spécifie l'approche et les enjeux des Centres Sociaux vis-à-vis du public vieillissant. Celle-ci est caractérisée comme (CNAV et FCSF 2012, p.6) :

- L'accueil au quotidien des habitants retraités dans un lieu non stigmatisé « *personnes âgées* » : répondre à la problématique du vieillissement en considérant les personnes âgées comme habitants d'un territoire et acteurs de leur projet de vie, c'est les reconnaître dans leur diversité, dans leur trajectoire de vie, c'est prendre en compte leurs attentes et leur expérience et les

intégrer dans le territoire en tenant compte ses particularités, dans l'échange et la réciprocité avec toutes les générations.

- La mobilisation des habitants retraités eux-mêmes.
- L'observation partagée des réalités locales tant du point de vue des publics, des caractéristiques du territoire que des ressources existantes ainsi que le repérage des personnes retraitées en situation de fragilité.
- La mobilisation des acteurs locaux dans un souci de développement de coopérations décloisonnées entre acteurs sociaux et gérontologiques, la recherche de complémentarités entre l'intervention généraliste du Centre Social et les acteurs spécialisés.
- Le développement de projets adaptés à chaque contexte local, la diversité des actions développées, la transversalité et la mise en relation entre elles.

Les conventions régionales entre les Carsat et les fédérations régionales ou départementales des Centres Sociaux couvrent, en 2018, toutes les régions de France métropolitaine à l'exception des Pays de la Loire.

1.2.1.b. De la mise en place de l'action au sens de l'action

Il y a un glissement dans la construction du positionnement fédéral. Le vieillissement était sujet d'actions. Il devient l'objet d'une théorisation qui fait perdre le sens concret de l'action. Les premières initiatives (avec la Fondation de France) portaient sur des projets locaux, des actions existantes dans les Centres Sociaux. On passe, sur le second appel à projets, à la promotion du « *vivre ensemble* » déjà plus abstrait en termes d'activités concrètes.

Cela reste basé sur une pratique du « local ». C'est sa dimension d'acteur du DSL que le Centre Social met en avant dans les partenariats. Ils proposent une méthode, une manière de « faire avec » et de considérer les habitants plus qu'un « savoir-faire sur » les publics de plus de 60 ans. Il s'agit de l'affirmation des principes de l'action générale des Centres Sociaux, précisés ici pour le public retraité. Il y a d'ailleurs très peu d'éléments spécifiques à la question des personnes âgées dans ces principes. Si on remplace le champ lexical de la vieillesse par celui de la jeunesse, on obtient les principes de l'action des Centres Sociaux envers le public jeune : offrir un accueil dans un lieu non réservé aux jeunes, les considérer comme des acteurs, prendre en compte leurs besoins et envies, les impliquer au projet, etc.

Pour Henri Colombani (2012), l'évolution de ces partenariats montre qu'« *on est passé d'une approche par activités à une conception sociétale du "vivre ensemble à tous les âges de la vie", qu'il convient d'approfondir et de défendre contre les nouveaux risques de spécialisation et de segmentation par cibles* ». Dans le discours, l'approche des Centres Sociaux des plus de 60 ans repose effectivement sur une considération « décloisonnée » des publics, sans spécification d'âge, de handicap ou de niveau de précarité. Pourtant cette approche s'est fondée au travers de partenariats sur des actions spécialisées et segmentées. En effet, les actions partenariales avec les Carsat sont à « *direction des retraités en*

situation de fragilité relevant des GIR 5 et 6» (Direction nationale de l'action sociale 2011), soit sur un critère d'âge, un critère de handicap et un critère de vulnérabilité.

1.2.2. Partenariats à mots choisis

1.2.2.a. Adapter le discours au contexte

Les documents fédéraux exploités ici sont conçus par les fédérations à destination d'acteurs internes et externes au réseau. Ils ont une visée de communication et de diffusion des pratiques au sein du réseau et de visibilité de l'action des centres envers des acteurs externes, des partenaires existants ou potentiels. Par exemple, l'objectif de la collection Repères éditée par la FCSF « est d'offrir aux Centres Sociaux et à leurs partenaires des points de repère théoriques et méthodologiques concernant les thématiques qu'ils sont amenés à traiter. » (FCSF 2012)

Figure 24 : Couverture des documents Repères de la FCSF sur le vieillissement de 2012 et 2018



Si le premier document Repère sur le sujet du vieillissement se posait la question : « *vieillesse comme charge ou vieillesse comme ressource ?* » (FCSF 2012), le second affirme la position des centres : « *La vieillesse : une ressource pour la société* » (FCSF 2018) (voir figure 24). La dimension du DSL y est nettement moins présente. Le premier document mettait cette dimension en avant dès le sous-titre⁹⁵, alors qu'elle n'apparaît pas directement dans le second. Dans la publication de 2018, il n'est plus question de DSL, mais de développement social territorial :

⁹⁵ « Les Centres Sociaux accompagnent le vieillissement dans une démarche de développement social local »

« En agissant en termes de développement social territorial et selon la conception de l'animation globale, les Centres Sociaux se sont engagés dans la construction de nouvelles coopérations pour imaginer ensemble de nouvelles réponses considérant le pouvoir d'agir de cette partie de la population » (FCSF 2018 p.15).

La différence de sens est minime, mais souligne une évolution du discours des Centres Sociaux. Elle est à mettre en relation avec l'importance que revêt la construction de nouveaux partenariats dans le développement de la position fédérale. Cette mise en avant nouvelle du caractère « territorial » et non plus « local »⁹⁶, de l'action intervient à la suite de la mise en place des Conférences des financeurs (CDF) et s'inscrit dans la tendance globale de l'époque à la « territorialisation » (voir partie I chapitre 2 - 3.3).

La mise en place des CDF représente, une occasion d'intégrer le paysage institutionnel des acteurs du vieillissement ainsi qu'une opportunité de financements pour les Centres Sociaux. On peut formuler l'hypothèse suivante : la mise en avant d'une démarche territoriale et de l'établissement d'un diagnostic de territoire correspond à l'adoption d'un vocabulaire similaire à celui de l'acteur avec lequel le partenariat est souhaité.

Dans l'exploration de cette hypothèse, qui constitue un point important de notre analyse, il ne s'agit pas de dire que les Centres Sociaux changent leur pratique pour répondre aux critères d'un partenariat, mais qu'ils modifient la manière de la formuler. On retrouve en cela l'adaptation des Centres Sociaux aux contraintes de l'intégration à une culture politique partagées, notamment la contrainte de grammaire. Les Centres Sociaux dressent des diagnostics territoriaux, sous différentes formes, depuis les premiers temps de leur histoire (voir partie I chapitre 1 - 1.2). Néanmoins, la mise en avant de cette pratique dans la formulation de leurs actions pour des personnes de plus de 60 ans est extrêmement récente et correspond à un cadre partenarial particulier.

On peut réitérer ici les remarques formulées sur la transversalité des âges dans l'action des Centres Sociaux. L'introduction du document « *La vieillesse : une ressource pour la société* » s'intitule « *Vieillir, une vie qui continue* » alors que la conclusion porte sur « *Faire société entre les générations, un défi à relever ensemble* ». Ce passage d'une entrée sur un public spécifique à une « sortie » intergénérationnelle est d'autant plus notable que sur les 5 axes d'actions présentés dans le document, un seul porte sur cette question de solidarité entre les âges. Cette ouverture vers les autres générations est à relier au poids de la dimension CAF dans les Centres Sociaux, le rôle historique de ce partenariat sur la définition des centres et le l'importance financière que cela représente.

⁹⁶ On ne s'intéresse pas ici à la différence de sens des termes « local » et « territorial », mais à l'évolution de l'usage de l'un et de l'autre dans la présentation de l'action des Centres Sociaux en matière de vieillissement

1.2.2.b. Partenariat et modèle financier des Centres Sociaux

La mise en avant des plus de 60 ans dans les Centres Sociaux peut se comprendre comme une volonté de diversification afin de s'éloigner de leur image enfance-jeunesse-famille. Dans un contexte de diminution des subventions publiques, gagner la reconnaissance d'une institution est un élément central de la survie financière des Centres Sociaux et cette reconnaissance passe par le développement de nouveau(x) partenariat(s) avec des acteurs du vieillissement, comme la CNAV.

La question du partenariat suit celle de la reconnaissance institutionnelle. Les deux questions sont intrinsèquement liées, les Centres Sociaux tirant leur légitimité de la reconnaissance des leurs actions par la subvention d'une institution. Plus de 85 % des financements des Centres Sociaux proviennent des pouvoirs publics (CAF, État, collectivité...). Cette structuration est un héritage de l'histoire des Centres Sociaux et de leurs liens avec les politiques publiques (voir partie I chapitre 1 - 1).

Les évolutions de la structuration des financements publics ont conduit à la diversification des partenaires financiers, mais la subvention reste le mode de financement principalement identifié et désiré par les Centres Sociaux. La Fonda nomme ce modèle économique « *En dehors de la subvention, point de salut* » dans un travail prospectif réalisé sur l'avenir des modèles économique des associations en 2015 (voir tableau 21).

Dans les réflexions des Centres Sociaux, comme dans le modèle de la Fonda, la subvention représente à la fois une garantie et une menace. Les Centres Sociaux voient dans la subvention la garantie de leur liberté d'action. Dans le même temps, elle est une menace pour l'autonomie, un risque d'instrumentalisation (voir partie III chapitre 8 - 1.2.2). Ce besoin des Centres Sociaux d'avoir accès à des subventions publiques s'explique entre autres, par un besoin d'assurer leur légitimité. Les pouvoirs publics sont aujourd'hui la principale source de financement des Centres Sociaux, ils sont aussi la principale source recherchée. Ce choix s'explique par le souhait des Centres Sociaux d'avoir une politique publique générale dans laquelle s'inscrire et de laquelle tirer leur légitimité. Les observations des événements fédéraux (voir partie I chapitre 4 - 2.1.1) mettent en lumière la volonté de réitérer pour le vieillissement les processus de reconnaissance, de financements et de légitimation de leurs actions issus de leur partenariat avec la CAF et la CNAF. Même si les Centres Sociaux développent des partenariats avec des acteurs nouveaux, notamment AG2R LA MONDIALE⁹⁷, leur envie première reste le lien avec les institutions publiques. « *Il faudrait une politique publique qui gère l'animation vers les seniors. On ne peut pas attendre d'AG2R de prendre la place d'une politique publique* ». ⁹⁸

⁹⁷ En 2017, AG2R LA MONDIALE et la FCSF ont signé un *accord-cadre national*, pour engager les deux réseaux sur la promotion du « *Bien-vieillir dans nos territoires* ».

⁹⁸ Délégué fédéral pendant une commission DSLV — Première phase du terrain

Tableau 21 : Scenarii de la Fonda dans son étude prospective sur les modèles économiques des associations

Scenario	Tendances identifiées sur lesquelles repose le scénario	Conséquences sur la posture et le modèle socioéconomique des associations
« Chacun pour soi et personne pour tous »	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert des compétences de l'État aux collectivités locales sans transfert des moyens - Baisse des subventions publiques à tous les niveaux et hausse de la commande publique - Montée de la paupérisation et de la précarité subie : augmentation de la demande sociale et capacité de réponse des associations inversement proportionnelle - Renfermement sur le lien de solidarité dans la proximité, due à la précarisation de l'existence et baisse de l'engagement bénévole - Professionnalisation accrue 	<ul style="list-style-type: none"> - Une logique de prestation de service - L'augmentation de la part de contribution des usagers - Une logique de « chacun pour soi » pour garder le peu qui reste - Une logique de rationalisation au détriment de la demande sociale
« En dehors de la subvention, point de salut »	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution de la nature des financements publics vers une logique de marchandisation - Maintien du niveau des autres sources de financements 	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations s'unissent pour dénoncer la logique de marchandisation et défendre la subvention qui leur garantit la liberté d'exprimer des réponses sociales innovantes - Atténuation de la pression financière et réduction de la vigilance en matière d'optimisation des coûts - En contrepartie, les associations ne cherchent pas à nouer des alliances ou à mutualiser des moyens et acceptent d'accompagner la mise en œuvre des dispositifs et objectifs de l'État au risque de leur instrumentalisation
"Social is business as usual"	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution de la nature des financements publics : baisse des subventions et hausse de la commande publique - Développement des logiques de fusions, de regroupements et de mutualisation - Porosité des frontières l'économique et le social - Professionnalisation accrue 	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations assument clairement leur rôle d'acteur économique - Elles ouvrent des filières lucratives - Elles se regroupent pour peser dans l'obtention de marchés - Elles tissent des liens étroits avec des acteurs de l'ESS - Elles s'ouvrent à de nouveaux outils financiers combinent performances financières et sociales évaluées par des indicateurs - Elles sont confrontées à une hausse des exigences techniques et un besoin d'ingénierie qui nécessitent de nouvelles formes d'organisation et de fonctionnement permettant l'implication de tous
« Coopérons pour être partenaire des politiques »	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la subvention et hausse de la commande publique - porosité des frontières entre l'économique et le social - Professionnalisation accrue/modification de la nature du bénévolat 	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations s'allient avec d'autres acteurs pour établir un diagnostic partagé, proposer de nouvelles solutions, imaginer de nouveaux modèles - Elles recherchent du maintien des subventions chaque fois que cela est possible - Elles ont un rôle de défricheur en matière d'innovation sociale en alliance avec toutes les parties prenantes pour peser auprès des collectivités - Elles s'ouvrent à l'hybridation des ressources en s'appuyant sur la diversité des outils existants - Elles s'approprient des outils économiques existants, mais peu employés en les mettant au service de l'humain

Source : Engelbach, Jaslin et Vanlerenberghe 2016, réalisation Juliette Michel 2019

Cela pousse les Centres Sociaux à adopter un vocabulaire qui n'est nécessairement le leur, ce qui est particulièrement visible au travers de la présentation de l'action envers les plus 60 ans, public sur lequel ils n'ont pas de savoir-faire spécifique (au contraire de l'enfance-jeunesse-famille, voir tableau 25 – II.5.2.2.1.b.). Cela fait l'objet de discussion au sein des commissions fédérales. Lors d'échange portant sur la présentation des actions des Centres Sociaux financés par la Carsat, un délégué va soulever une interrogation quant à l'usage du terme « participation » : « *il ne faut pas utiliser ce terme [la participation] parce que pour [la CARSAT] ça a un sens [qui n'est pas le nôtre]* »⁹⁹. En ayant pour objectif d'être lisible par un partenaire, la commission nationale choisit donc de ne pas utiliser un terme qui est pourtant à la base de ce qu'ils développent pour les plus de 60 ans.

C'est dans le cadre de ces relations partenariales qu'apparaît le bien-vieillir dans les Centres Sociaux. L'utilisation du terme par le réseau des Centres Sociaux remonte au début des années 2010, à la signature d'un accord inter régime entre la CNAV et la FCSF (dépendant du régime CNAF au travers de l'agrément).

Le processus de « labellisation » est semblable à la manière dont s'est construite l'agrément des Centres Sociaux. La construction de partenariats et la signature de conventions conduisent à mettre en place une terminologie nouvelle sur des pratiques préexistantes. D'après les membres de la commission nationale, le terme était pour eux, porteur d'une approche médicosociale éloignée de ce que font et/ou peuvent faire les Centres Sociaux. « *On se fait vampiriser par le langage des autres* » (Cadre fédéral, commission nationale DSLV). Cette compréhension de départ se retrouve encore dans les propos de certains professionnels des Centres Sociaux (voir II.5.2). La combinaison de l'absence de consensus, l'absence de lien hiérarchique entre les fédérations et les enjeux partenariaux associés rendent difficilement lisible l'action des Centres Sociaux.

1.3. Lire l'action des Centres Sociaux

Les discours fédéraux sont assez abstraits. Les Centres Sociaux tendent à utiliser des termes dont le sens semble être partagé au sein du réseau d'acteurs dans lequel ils souhaitent s'inscrire sans en préciser le sens ou sa traduction pratique. Cela aboutit à un discours qui laisse peu transparaître la réalité de la pratique et de la culture des Centres Sociaux. C'est particulièrement visible avec le recours au bien-vieillir sans préciser la manière dont il est compris et sa traduction dans la pratique. La présentation et la formulation de l'action des Centres Sociaux changent suivant les documents, leurs échelles de production et leur destinataire, la rendant difficilement lisible.

⁹⁹ Délégué fédéral pendant une commission fédérale DSL et vieillissement — Première phase du terrain

1.3.1. Regards fédéraux

Une manière de lire l'action bien-vieillir des Centres Sociaux est de se reporter aux documents fédéraux produits sur le sujet. Comme toute production fédérale, ces documents sont porteurs de discours sous-tendant des enjeux partenariaux spécifiques.

Puisqu'il n'existe pas de lien hiérarchique entre les fédérations et les Centres Sociaux (voir partie I chapitre 1 – 1.Introduction), les axes que nous allons présenter ne sont donc pas une grille dans laquelle les Centres Sociaux doivent faire rentrer leurs actions. Au contraire, il s'agit de donner à voir ce qu'il est possible de faire. De plus, l'absence de lien hiérarchique entre la FCSF et les fédérations locales conduit à la formulation d'axes et de discours différents suivant les échelles et les contextes.

Aucun des documents fédéraux produits sur la question du vieillissement ne prétend fournir un inventaire exhaustif de l'action des Centres Sociaux. Il s'agit de se baser sur les actions menées localement pour dégager les axes principaux de l'action des Centres Sociaux de manière générale. Ces actions ne sont pas sélectionnées pour leurs caractères représentatifs de la pratique générale, mais pour illustrer les différentes manières dont les Centres Sociaux peuvent aborder la question du vieillissement.

1.3.1.a. Evolution du contexte politico-partenarial

La comparaison des axes d'action dégagée dans les documents fédéraux met en avant le premier facteur à prendre en compte : le contexte politico-partenarial. Le dernier document Repères sur le vieillissement (à l'échelon national) « *La vieillesse : une ressource pour la société* » (2018) identifie 5 axes d'actions :

- Se construire un nouveau projet de vie à l'arrivée à la retraite, être acteur, développer les liens sociaux.
- Développer les échanges et solidarités entre les âges.
- Aller vers ceux qui sont repliés sur eux même, lutter contre l'isolement social.
- Agir sur les enjeux d'aménagement (habitat, cadre de vie, transport).
- Faire face à de nouveaux défis (numérique, précarité, accès aux droits).

À une autre échelle, certaines fédérations (départementale ou régionale) ont réalisé le même type de démarche. C'est notamment le cas de la fédération de Maine-et-Loire et Mayenne qui a édité, en 2014, une brochure intitulée « *Les Centres Sociaux et les seniors : des histoires de lien social* » qui présente 5 axes pour l'action des Centres Sociaux :

- Lutte contre l'isolement social et familial.
- Accompagnement des ruptures et des transitions.
- Adaptation des territoires aux publics vieillissants.
- Bien être et la santé.

Utilité sociale et citoyenneté.

Quatre ans séparent les deux documents et le contexte politique et partenarial a changé. Il est cohérent que l'axe « *adaptation des territoires aux publics vieillissants* » du Maine-et-Loire ne soit plus formulé de cette manière à l'heure de la loi « *d'adaptation de la société au vieillissement* ». Le contexte ne permet plus d'isoler la dimension territoriale. Les actions regroupées dans les axes de chaque document portant sur l'environnement des personnes : « *adaptation des territoires aux publics vieillissants* » et l'axe national « *agir sur les enjeux d'aménagement* » ne sont pas de même nature. Le premier recouvre des activités de réflexion sur les besoins et les attentes des retraités¹⁰⁰, d'échanges et d'interconnaissance entre les acteurs d'un territoire¹⁰¹ et les dynamiques partenariales locales¹⁰² pour l'élaboration de plans d'actions et de diagnostics territoriaux portés par ou avec des personnes retraitées. Dans l'axe environnement de 2018, les actions portent sur la mobilité, l'habitat, etc. La mise en avant d'un axe spécifique sur cet aspect était possible en 2014, dans un cadre partenarial de valorisation des Centres Sociaux comme acteur du DSL et les débuts de la question du pouvoir d'agir des habitants (voir partie I chapitre 1 - 1.2.2). Le contexte de 2018 avec la mise en avant de dimension territoriale de l'action des Centres Sociaux (et non plus locale) ne permet pas de l'isoler en un axe à part entière. La réflexion territoriale des Centres Sociaux est mise en avant comme un principe de l'action générale et non comme un type d'action parmi d'autres.

L'évolution du contexte politico-partenarial explique l'apparition d'un axe sur le numérique et l'accès aux droits. Certains Centres Sociaux développent une action numérique depuis de nombreuses années. C'est un axe de travail fédéral développé dans certaines fédérations. Par exemple, dans les Pays de la Loire, l'Union Régionale a une commission « Numérique et Centres Sociaux » depuis 2013 : « *Le numérique vient quand même beaucoup bousculer parce qu'à travers le numérique tu réinterroges les générations, l'accès au droit, l'égalité territoriale...* » (entretien n° XIV). La formulation d'un axe sur le numérique et l'accès aux droits dans l'action des Centres Sociaux coïncide avec le développement de ces questions dans des institutions partenaires notamment la CNAF et la CNAV. Ces deux institutions s'impliquent dans les Maisons de services au public (MSAP), afin de lutter contre le non-recours aux droits dans un contexte de numérisation des démarches d'aides sociales. Les MSAP sont des structures qui combinent accueil physique et accompagnement numérique et qui regroupe en un même lieu plusieurs services : emploi, retraite, famille, social, santé, logement, énergie, services postaux, accès au droit, etc. Les MSAP en proposant un accompagnement numérique permettent de répondre à la question de l'accès aux droits.

¹⁰⁰ Exemple : amicales des retraités du Chemillois — Objectif : constituer une instance de réflexion sur les attentes et des besoins des personnes âgées

¹⁰¹ Exemple : Groupe « vivre son âge » — Objectif : Favoriser l'échange et la connaissance mutuelle entre les acteurs de la santé, du maintien à domicile, les associations, les élus, les personnes âgées, le CLIC... permettre l'observation et le diagnostic territorial

¹⁰² Exemple : Retraité en action : améliorons la vie du canton — Objectifs : élaboration d'un diagnostic territorial pour les personnes de plus de 60 ans, mise en œuvre d'une dynamique multipartenariale.

En expérimentation de 2010 à 2013, le déploiement des MSAP sur le territoire s'inscrit dans une politique publique globale d'accès aux droits ; leurs objectifs et principes de fonctionnement sont inscrits dans la loi NoTRE¹⁰³ (2015). La CNAV et CNAF font partie des 7 opérateurs nationaux¹⁰⁴ des MSAP, c'est-à-dire les institutions mobilisées pour favoriser leur implantation. Les MSAP pouvant être portées par une collectivité, une association ou un groupement d'intérêt public. Certains Centres Sociaux notamment en milieu rural deviennent porteur d'une MSAP. De nouveau la mise en avant d'un axe particulier de l'action des centres dépend du contexte politico-partenarial.

1.3.1.b. Une question d'échelle

Un deuxième facteur d'explication de différence des axes est la question de l'échelle à laquelle ils sont formulés. La dimension « familiale » est mise en avant à l'échelle départementale alors qu'à l'échelle nationale on parlera de « solidarité entre les âges ». Comme pour la distinction entre « local » et « territorial » la différence sémantique est ténue. Elle peut néanmoins être interprétée comme une adaptation de la présentation de l'action aux interlocuteurs potentiels. Ceux-ci ne sont pas les mêmes en fonction des échelles. Sur le cas qui nous intéresse ici il s'agit de faire la différence entre une brochure pouvant être diffusable à la CAF départementale et un document de positionnement national pouvant être communiqué à la CNAF.

Les politiques locales des CAF diffèrent selon les départements, certaines étant plus ouvertes que d'autres à la question de l'action vieillissement des centres. Il est plus pertinent d'un point vu stratégique de présenter cette action vieillissement sous une entrée « famille » au niveau du département. Au niveau national, où l'interlocuteur unique est la CNAF, souligner la dimension intergénérationnelle de l'action des centres les rapproche des cadres de l'action sociale familiale et s'inscrit dans leur mission d'équipement à « vocation familiale et pluri générationnelle ». Néanmoins, la question du financement des Centres Sociaux, avec ou en dépit de leurs actions vieillissement ne se posant pas à cette échelle, il n'y a pas nécessité d'insister sur la dimension familiale de cette « solidarité entre les âges ». Si les missions des Centres Sociaux sont définies par la CNAF, ce sont les CAF qui reçoivent et valident les demandent d'agrément des Centres Sociaux. La question de la reconnaissance de l'action Vieillissement des Centres Sociaux ne soulève donc pas les mêmes enjeux d'une échelle à l'autre.

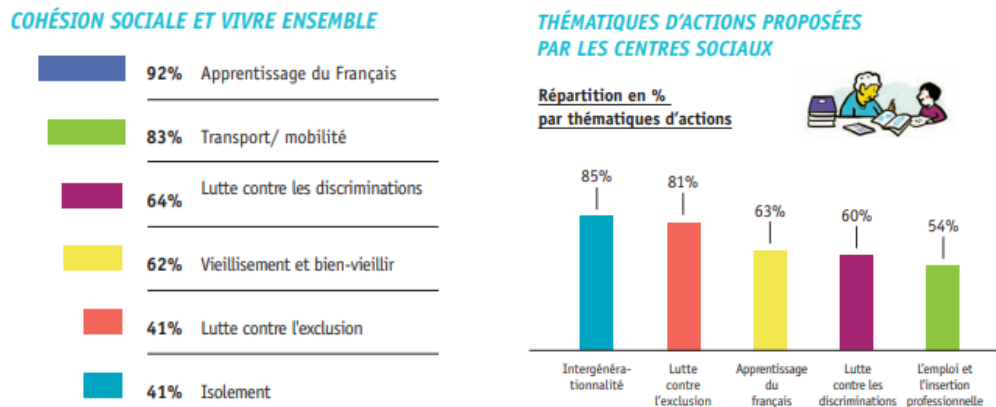
Cette distinction de la présentation de l'action suivant leur échelle, peut s'illustrer au sein d'un même document. C'est le cas dans la plaquette SENACS des Pays de la Loire de 2017 (voir figure 25). Les axes d'action des centres présentés au niveau régional ne correspondent pas aux thématiques d'actions proposées par les Centres Sociaux sur la fiche départementale. Sur la thématique du vieillissement, on passe d'un axe « vieillissement et bien-vieillir » à une thématique « intergénérationnalité ». Cela peut-être interpréter comme un choix stratégique :

¹⁰³ Loi nouvelle organisation territoriale de la république

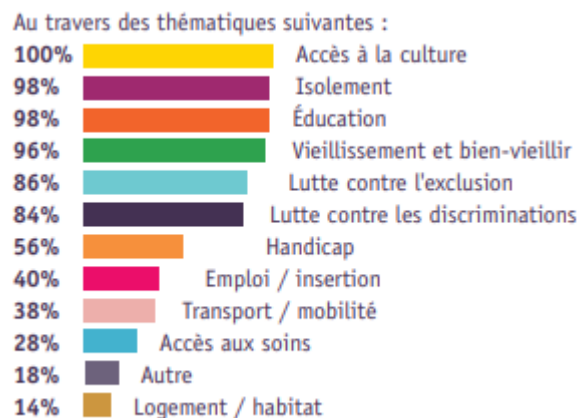
¹⁰⁴ Il s'agit de la CNAF, la CNAMTS, La CNAV, GRDF, La Poste, La MSA et Pôle emploi

- L'interlocuteur régional est la Carsat, d'où la mise en avant du « vieillissement et du bien-vieillir ».
- l'interlocuteur départemental est la CAF, d'où la promotion de « l'intergénérationnalité ».

Figure 25 : Axes et thématiques d'axes dans les plaquettes SENACS



Axes d'action de la présentation des Pays de la Loire — Thématiques d'actions des fiches départementales
- SENACS Pays de la Loire 2017



Thématiques d'action des fiches départementales
SENACS Pays de la Loire 2018

Sources : SENACS 2018, 2017

Cette présentation évolue d'une année à l'autre. La plaquette SENACS des Pays de la Loire de 2018 présente les actions différemment. Il n'y a plus de regard sur la région, les axes thématiques étant déclinés pour chaque département. Le bien-vieillir, la lutte contre l'exclusion ou encore le transport sont présentés comme des thématiques départementales (voir figure 25). Cela coïncide avec les premiers retours des Conférences des financeurs (CDF)¹⁰⁵ et l'implication des Centres Sociaux dans celles-ci. Les Centres Sociaux ayant reçu plusieurs financements publics, via les CDF, sur la question du vieillissement,

¹⁰⁵ Si les conférences des financeurs sont issues de la Loi ASV de 2015, elles se mettent progressivement en place dans les Pays de Loire courant 2016 et établissent leurs plans d'action sur 2017. C'est suite à l'enquête SENACS 2017 que cette influence est prise en compte dans les plaquettes (la plaquette 2018 reposant sur l'enquête 2017)

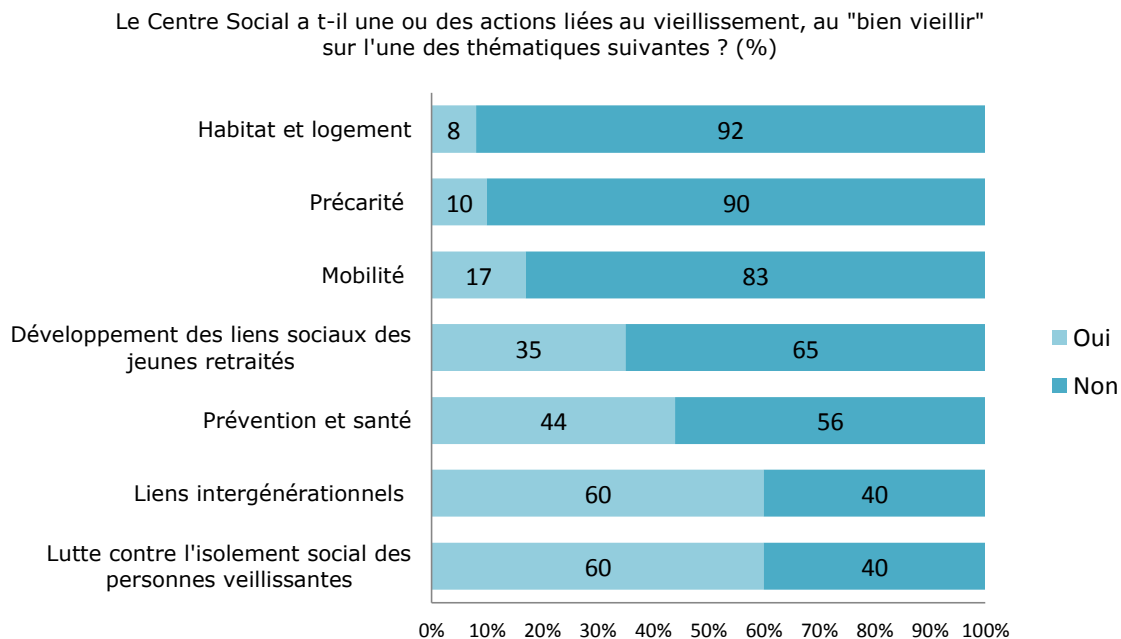
la présentation de cette dimension de cette action à cette échelle relève d'un contexte partenarial nouveau.

1.3.1.c. Afficher une ambition

Au-delà de la traduction des enjeux partenariaux, ces productions fédérales sont des outils de promotion des valeurs et des ambitions des Centres Sociaux plus que des illustreurs de la pratique. Les discours fédéraux se structurent plus autour des principes de l'action que de l'action en elle-même.

À la question « *Le Centre Social a-t-il une ou des actions liées au vieillissement, au « Bien-vieillir* », les Centres Sociaux des Pays de la Loire se positionnent principalement sur le développement de liens intergénérationnels et la lutte contre l'isolement social (voir figure 26). Peu de centres s'inscrivent dans des actions liées à l'habitat et au logement alors qu'il s'agit pourtant d'un axe identifié au niveau national. La pertinence de cet axe national peut en elle-même être discutée. En effet, des 4 actions mises en avant au niveau national pour illustrer cet axe, 3 sont relatives au transport et à la question de la mobilité (deux initiatives de transport solidaire et une sur des « balades urbaines ») et non des questions de logement et d'habitat.

Figure 26 : Thématiques des actions vieillissement et bien-Vieillir dans les Pays de la Loire



Source : SENACS 2016

Cette prévalence de la dimension mobilité sur celle du logement se retrouve dans les centres des Pays de Loire. Pour l'une comme pour l'autre de ces thématiques, moins d'un quart des structures déclarent inscrire une action sur cet axe. Pourquoi alors le mettre en avant comme axe national ? Une première hypothèse serait que d'autres régions inscrivent cette dimension plus fortement dans leurs actions. La seconde, que nous explorerons dans la section suivante, est qu'il existe une tension entre ce que les Centres Sociaux proposent actuellement et ce qu'ils souhaiteraient explorer, posant des questions de

compétences et de pertinence au sein des structures. Dans cette optique, la formulation d'un axe autour « *d'action sur les enjeux d'aménagement* » traduit plus une volonté d'orientation des Centres Sociaux qu'une réalité de leur pratique.

1.3.2. Regard sur les Centres Sociaux.

Ce regard fédéral permet de prolonger la réflexion sur le poids du contexte et des enjeux de partenariat dans la formulation de l'action des Centres Sociaux, mais ne permet pas une lecture de l'action concrète. Afin de prolonger notre regard sur les différentes échelles de présentation et de formulation de l'action des Centres Sociaux pour les plus de 60 ans, nous allons nous pencher spécifiquement sur les Centres Sociaux des Pays de la Loire, terrain de notre étude.

1.3.2.a. Catégoriser les activités

Les actions proposées aux plus de 60 ans présentent une grande diversité, que le retrouve d'ailleurs pour d'autres publics. Il n'est pas possible de faire un état des lieux de toutes les activités proposées. On peut néanmoins les illustrer par les types d'activité identifiée (voir tableau 22) par l'Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire. Certaines « catégories » s'inscrivent directement dans un axe, comme les activités prévention, les croisements entre les autres et les axes fédéraux peuvent être moins lisibles.

Tableau 22 : Catégories des activités vieillissement des Centres Sociaux

Catégories	Activités
Activités sociales	Groupe de rencontres, événements organisés par le Centre Social, Chants, café philo, etc.
Activités sportives	Randonnées, Yoga, Gymnastique, Danse, etc.
Activités cérébrales	Jeux de cartes, Jeux de lettres
Activités de prévention	Ateliers chutes, mémoire, etc.
Activités techniques	Informatique, FabLab et atelier de fabrication, atelier d'échange de savoir numérique, photographie, Repair café, etc.
Activités manuelles	Tricot, Loisirs créatifs, atelier carton, jardinage, couture, broderie, cuisine, etc.
Vie associative, bénévolat et pouvoir d'agir	Organisation de journées thématiques et d'événements, commission Bien-vieillir, gouvernance associative, partenariat, etc.

Source : Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire¹⁰⁶

La dimension « prévention » ne se résume pas aux activités dites de prévention. L'aspect social de la prévention peut prendre diverses formes dans les actions. La « position » choisie par les Centres Sociaux est la promotion d'un bien-vieillir. Ce n'est pas seulement un vieillissement en « santé », c'est aussi un vieillissement en termes de « capacités ». Autrement dit, il s'agit de laisser et/ou de redonner la possibilité à l'individu d'être acteur de son vieillissement. Cela va se faire par l'anticipation des risques

¹⁰⁶ Issus d'un document de travail de l'union régionale en vue d'un partenariat avec le Gérotopôle et préalable à l'étude I-CARE

d'affaiblissement et/ou de perte des liens sociaux liés au vieillissement. Les risques ciblés sont à la fois physiques et sociaux : isolement, fracture numérique, mobilité, développement de lien social pour les jeunes retraités, etc. Les activités « sociales » et « sportives » peuvent donc être comprises comme s'inscrivant dans la prévention. De même, les activités « cérébrales », « techniques » et « manuelles », au travers de leur caractère collectif peuvent également être comprises comme de la prévention.

Dans une autre mesure, on peut considérer l'action des Centres Sociaux comme s'inscrivant dans une prévention environnementale et situationnelle. Celle-ci s'intéresse à l'environnement dans lequel vivent les individus, en tant que groupes d'une société, en essayant d'intervenir sur les éventuels effets négatifs que cet environnement peut avoir. Le Centre Social, collecteur de paroles habitantes, est un lieu de développement de solutions face à ces difficultés. On retrouve la dimension discutée dans l'axe « *Adapter les territoires aux publics vieillissants* » identifié par la fédération du Maine-et-Loire et de la Mayenne, qui en termes de types d'activités, se traduit par « *vie associative, bénévolat et pouvoir d'agir* ».

Des axes comme le *développement des liens sociaux des jeunes retraités* ou *liens intergénérationnels* ne se retrouvent pas à la lecture de cette catégorisation des activités. Il ne s'agit pas d'une caractéristique de l'activité, mais une caractéristique du public. Les jeunes retraités et la mixité des générations caractérisent les personnes fréquentant le Centre Social et non la proposition du Centre Social en elle-même, même si la proposition vient conditionner le type de public présent (II.5.2.1). Des trois dimensions identifiées sur l'action des centres envers le public vieillissant, la participation et la prévention sont transversales aux activités catégorisées. La dimension intergénérationnelle elle, n'y est pas visible.

Cette grille générale des activités des Centres Sociaux est un document rare. Il est difficile de trouver des vues synthétiques sur l'action des Centres Sociaux envers les plus de 60 ans. Cette grille est issue d'un travail préalable à l'étude I-CARE réalisé avec le Gérontopôle des Pays de la Loire. Elle est donc la traduction d'une démarche partenariale sur l'élaboration d'une action (ici I-CARE) portant sur un public spécifique (les plus de 60 ans). Dans le cadre de cet exercice, la question de la transversalité des publics n'est pas mise en avant. Les actions intergénérationnelles des Centres Sociaux incluant un public de plus de 60 ans, mises en avant dans d'autres contextes, n'y sont pas lisibles. On peut se demander si c'est effectivement un principe de base de l'action des Centres Sociaux envers le public vieillissant ou « simplement » une particularité des Centres Sociaux n'ayant finalement rien de spécifique au vieillissement.

1.3.2.b. Regard par le projet social

Ces axes et catégories sont développés à des échelles fédérales, qu'en est-il à l'échelle du Centre Social ? Quelles sont les activités proposées et comment sont-elles présentées ?

Le projet social, en tant qu'exercice commun à toutes les structures et « feuille de route » du Centre Social, devrait fournir ces informations. La lecture, la comparaison et l'analyse des projets sociaux des centres de notre étude¹⁰⁷ permettent de regarder la manière dont est exploitée cette « feuille de route » (voir partie I chapitre 4 – 1.3.1). Cela permet de constater que le vieillissement ne ressort pas comme un axe majeur de l'action. Ceci ne signifie pas que les Centres Sociaux n'évoquent pas des éléments qui seraient en rapport avec le public « âgé », car les termes « d'intergénérationnel », de « seniors » et autres apparaissent. Mais ils ne font pas partie des termes marquants de ces projets sociaux.

Seuls 4 projets sociaux sur 12 présentent des actions ou des perspectives d'actions qui viseraient les personnes de 60 ans et plus. Le fait d'avoir des actions spécifiquement dirigées vers les plus de 60 ans ne signifie pas que le centre développe un axe en direction du bien-vieillir. Celui-ci n'est mentionné que dans 3 projets sur 12 (le choix des termes bien-vieillir, vieillissement, etc. est abordé en II.5.2.1). L'absence des plus de 60 ans dans certains projets sociaux souligne le décalage entre la volonté Centres Sociaux d'être reconnus comme acteurs du vieillissement, formulé au niveau fédéral et la faible représentation d'actions envers ce public au niveau des centres.

De nouveau, la question de l'échelle et du partenariat est un facteur à prendre en compte. La présentation d'une démarche fédérale sur le vieillissement relève d'un « risque » moindre envers la CAF que la mise en avant de cet axe dans le projet social d'un centre. Le renouvellement de l'agrément et des financements qui lui sont associés, sont conditionnés à la validation du projet social par la CAF ce qui oriente les propos et la mise en avant des actions vers la famille dans les attentes et les dispositifs de la CAF.

L'ouverture de l'interlocuteur CAF à la question du vieillissement va donc conditionner la présentation des actions sur ce public dans le projet social. En Pays de la Loire, certains Centres Sociaux expliquent qu'avec leur CAF, « *ce n'est pas possible de parler de vieillissement, ils ne veulent pas en entendre parler* » (président d'un Centre Social – échange informel)¹⁰⁸ quand, pour d'autres, « *ils [la CAF] n'ont aucun problème avec le Bien-vieillir* » (Directeur d'un Centre Social – échange informel)¹⁰⁹. Cela vient illustrer deux aspects : la différence départementale et l'autocensure des Centres Sociaux.

Les deux citations présentées sont formulées par des acteurs des Centres Sociaux de départements différents. À l'instar des Centres Sociaux avec la FCSF, les CAF ont une tête de réseau, la CNAF qui pilote et anime le réseau. Les objectifs et moyens des CAF sont fixés par la signature entre l'État et la CNAF de convention d'objectifs et de gestion qui fixe un cap pour 5 ans. Les liens entre les CAF et la CNAF sont

¹⁰⁷ soit 16 centres, sachant que nous en avons 15 à disposition et que l'analyse porte sur 13 d'entre eux, méthodologie présentée dans la partie I chapitre 4 – 1.3.1

¹⁰⁸ Première phase du terrain

¹⁰⁹ Première phase du terrain

plus structurants que la FCSF et les Centres Sociaux, mais les CAF possèdent une certaine autonomie dans la mise en place de l'action locale. Il en va de même pour les relations entre la CNAV et les Carsat. Cela explique les différences locales de mise en place des différentes orientations, par exemple l'absence de conventionnement Carsat dans les Pays de la Loire ou une position différente des CAF départementales sur la place du bien-vieillir dans les projets sociaux. Le second aspect est l'autocensure des Centres Sociaux. Certains projets sociaux de centres situés dans un département où la CAF est présentée comme n'ayant pas de difficulté avec la question du bien-vieillir considèrent cette mention comme un risque et n'est donc pas présentée.

Le rôle de la municipalité est aussi à prendre en compte. Second financeur des Centres Sociaux, les collectivités locales ont un « plan d'action social », dans lequel peuvent s'inscrire les budgets alloués aux Centres Sociaux. Ce sont donc des contraintes avec lesquelles les Centres Sociaux doivent composer et qui vont avoir un impact sur la formulation du projet social. « *La commune refuse qu'il y ait des doublons d'activité sur un même territoire. Un des deux centres [de la commune] peut devoir retirer une activité parce qu'elle est dans les deux structures* » (président d'un Centre Social – échange informel)¹¹⁰.

Ce rôle des partenariats dans la formulation du projet social vient interroger une autre dimension du projet : est-ce une réponse à une commande ? En théorie non. Le projet social est le projet associatif du Centre Social, il présente son diagnostic de territoire et les actions développées en lien avec les problématiques soulevées par celui-ci. Le Centre Social est une structure de proximité avant d'être une structure familiale et la pratique du diagnostic de territoire pour développer un projet, même si elle a évolué, a toujours fait partie de la pratique des Centres Sociaux (voir partie I chapitre 1 – 1.2). Le contexte actuel, notamment financier, conduit à la compréhension du projet social comme la réponse à une exigence partenariale plus qu'à un principe d'action. Certains centres distinguent d'ailleurs le projet social, réponse à une exigence partenariale, du projet associatif.

2. Faire et vivre le Bien-vieillir dans les Centres Sociaux : entre compréhensions professionnelles et pratiques personnelles

Introduction

Cette seconde partie du chapitre porte sur l'impact de l'usage de ce terme dans la pratique des Centres Sociaux. Le développement explicite d'une action bien-vieillir soulève des enjeux de relations entre les Centres Sociaux et certains partenaires. Qu'en est-il alors de la réalité de la pratique des Centres Sociaux, au-delà de l'utilisation du terme ? Que signifie concrètement bien-vieillir dans un Centre Social ?

¹¹⁰ Première phase du terrain

En matière d'usage, nous avons rencontré des réfractaires au terme :

« On ne l'utilise pas parce qu'on le considère comme une injonction... sauf que l'on vieillit comme on peut... faut bien manger, bien faire du sport, bien prendre soin de sa santé bien ceci, cela... ça veut dire qu'il y a un protocole à suivre [...] Nous, on ce que l'on dit c'est l'on vieillit tout simplement » (entretien n° XIII)

Et d'autres en faveur, comme un directeur de Centre Social pour qui *« ça change pas mal de choses cette idée que l'on puisse bien-vieillir, que vieillir ce n'est pas nécessairement mal ou malade, mais que ça peut être un bon moment aussi »*¹¹¹.

Pourquoi alors ne pas avoir harmonisé les termes ? Les entretiens réalisés avec les professionnels des Centres Sociaux (voir partie I chapitre 4 - 2.2.1) mettent en avant que, plus qu'un manque d'harmonisation, il s'agit d'une absence de consensus autour de l'utilisation du terme au sein du réseau. Suivant les Centres Sociaux et les professionnels, l'utilisation (**II.5.2.1**) et la proposition d'une définition du bien-vieillir (**II.5.2.2**) vont changer. Comprendre ce qu'est bien-vieillir dans un Centre Social passe également par la prise en compte de la compréhension du terme par les premiers concernés : les personnes de plus de 60 ans (**II.5.2.3**).

2.1. Nommer le public, nommer les actions

2.1.1. Un secteur « vieillissement » dans le Centre Social ?

Ces différences de compréhension s'illustrent par les noms donnés au secteur d'activité au sein du Centre Social. Parmi les neuf structures observées, un nomme le secteur d'activité dédié aux publics âgés « bien-vieillir » et trois affichent des activités ou ateliers nommés « bien-vieillir ». Dans les autres Centres Sociaux, le secteur d'activité sera nommé « Adultes » (3/9), « Seniors » (2/3) ou s'inscrit dans un secteur d'activité nommé sans faire mention de la tranche d'âge de la population ciblé : « Instants habitants » ; « activités permanentes », etc.

Il est possible de comprendre ces difficultés à nommer le public avec l'accueil pour tous défendu par les Centres Sociaux. *« Nos activités ne sont pas ciblées sur l'âge des gens, mais sont plutôt ciblées sur un objectif »* (entretien n° XIII). La démarche Centre Social, dans ce qu'elle promeut de participation pour tous à un projet et sa volonté de répondre au besoin d'une population, ne serait donc pas compatible avec un fléchage par âge, catégorisant. Pourtant, la catégorisation par âge ne pose pas autant de problèmes pour d'autres secteurs d'activité. On retrouve dans la grande majorité des centres un secteur enfance, voire petite enfance, un secteur jeunesse et un secteur famille et cette sectorisation est lisible dès les sites internet des structures (voir figure 27). Pourquoi alors ne pas mettre en avant l'action vieillissement de la même façon ?

¹¹¹ Échange informel – première phase du terrain

Figure 27 : Bandeaux de menus des sites internet de Centres Sociaux



Sources : sites internet des Centres Sociaux du Douessin, Indigo, Horizon, Allée Verte et La Fontaine en janvier 2019

La question de la reconnaissance institutionnelle est de nouveau un facteur important. Les Centres Sociaux sont reconnus et identifiés sur ces secteurs par des partenaires institutionnels et financiers alors que ce n'est pas le cas pour la question du vieillissement. Il pourrait alors être stratégiquement compliqué de mettre en avant un secteur dédié à cette population, comme avec la mise en avant des actions vieillissement dans le projet social (voir II.5.1.3.2.b).

2.1.2. Centre Social : un accueil pour tous ?

Il y a une vraie difficulté à nommer les plus de 60 ans dans les Centres Sociaux. Ce sont des structures qui prônent un accueil pour tous, sans cibler un public en particulier et l'utilisation d'un terme ou d'un autre entraînerait une stigmatisation des plus de 60 ans.

L'enjeu est donc de choisir un terme qui ne soit pas stigmatisant ou clivant. Pour certains le choix se porte sur l'utilisation de « senior » car « *Senior ça nous a paru englober un peu tout le monde sans être stigmatisant, sans que ce soit péjoratif* » (entretien n° II). Dans d'autres centres « *Il y a eu des grandes discussions aussi en disant les seniors ce sont des adultes alors pourquoi est-ce que l'on ferait des activités seniors dans le Centre Social ? Est-ce que ça ne les stigmatiserait pas ?* » (entretien n° IV). Des réflexions similaires, autour de la question de la non-stigmatisation du public, ont pu conduire des centres à choisir le terme « adulte » : « *souvent quand on parle des âgés ça sous-entend une dépendance, une perte de capacité à décider de ce que l'on veut faire, de ce que l'on est capable de faire... alors que le mot adulte, c'est bien clair, les gens sont encore dans la décision... je choisis !* » (entretien n° XIII). Deux des centres de notre échantillon présentent d'un côté des activités adultes et de l'autre des activités seniors.

Cette difficulté à nommer le public met en lumière une difficulté à l'aborder. Le public âgé des Centres Sociaux se compose essentiellement de personnes âgées autonomes, actives et engagées. Il ne s'agit que d'une partie de la population âgée. Se positionner clairement comme ayant un secteur « personnes âgées » ou « retraités » c'est aussi être prêt à accueillir une autre partie de la population moins autonome, ni engagée ni « familiarisée » avec le mode de fonctionnement des Centres Sociaux. Cette

question de l'accueil d'une population âgée qui, sans pour autant être dépendante, aurait plus de difficultés physiques ou cognitives n'est pas travaillée dans les Centres Sociaux. Le vieillissement en étant porteur de handicap ou le vieillissement handicapant, ne font pas partie de la réflexion autour du vieillissement, ils ne sont pas « *une priorité du [Centre Social]* » (entretien n° VIII). Les professionnels ne l'excluent pas, mais ne sont pas dans une démarche active à ce sujet : « *si un jour les habitants s'interrogent sur ça et s'ils veulent agir sur cette question-là, pourquoi pas, mais pour l'instant ce n'est pas en interne notre position* » (entretien n° XII).

Un affichage clairement orienté « adulte/senior » plutôt que « personnes âgées » est un moyen implicite d'orienter la composition du public. L'amélioration du niveau de vie, l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que la considération par les politiques de vieillissement ont contribué au cours de la seconde moitié du XX^e siècle à transformer l'image collective et la place des personnes âgées dans notre société. Avec l'instauration du droit à la retraite, la personne âgée obtient un nouveau statut et une place dans la société à laquelle elle n'avait pas accès auparavant. Il est progressivement apparu deux façons de se représenter ce qu'est être âgé. En grossissant le trait nous pourrions dire qu'il y a d'un côté le retraité dynamique et de l'autre la personne âgée dépendante (voir partie I chapitre 2 – 2.3). Ces nouvelles représentations sont notamment diffusées et promues via le langage utilisé. Les termes dont la connotation est perçue comme négative vont être exclus. En parlant de « seniors » plutôt que de « vieux », on leur attribue l'image d'individus aisés, en pleine forme, heureux et sportifs (Badou 1989). En proposant des activités « seniors », le Centre Social va donc attirer un public autonome et dynamique. Ce positionnement va rapprocher les Centres Sociaux des courants du bien-vieillir et de la Silver économie structurant le positionnement des acteurs locaux dans la gérontologie (voir partie I chapitre 2 – 3. et 8).

Se positionner sur un champ « adulte/senior » conduit dans les Centres Sociaux, à reproduire cette distinction entre les « retraités actifs » et les « personnes âgées dépendantes » de l'autre. Plus qu'une volonté explicite de ne pas accueillir un certain type de population âgée, cela traduit un manque de compétence. Au cours des entretiens, la difficulté de combiner le handicap avec l'animation collective qui est la base de l'animation dans les Centres Sociaux apparaît :

« *S [i les personnes] nécessitent un accompagnement particulier [...] on ne saura pas faire. On ne peut pas prendre en charge les situations individuelles... d'abord on n'est pas formés et ça met en péril aussi le collectif dans le fonctionnement* » (entretien n° V)

« *[...] malgré une communication autour de l'accueil de tous, il y a des cas où ce n'est pas possible notamment quand la personne a besoin d'une assistance, ça modifie complètement les choses ! Notre objectif c'est que les gens soient en relation avec les autres, qu'ils se créent des réseaux sociaux, etc. Si il doit y avoir quelqu'un qui est là en permanence pour faire prendre un médicament, l'amener aux toilettes... ce n'est pas possible, par rapport au reste du groupe on n'y arrivera pas... ça remet en question nos objectifs d'accueil* » (entretien n° XIII)

Tableau 23 : Dans votre pratique professionnelle, quelle(s) réflexion(s) avez-vous sur les questions de perte de capacité dues à l'âge ? ¹¹²

Thématique	Contenu de la Thématique	Nb de citations	Fréquence
Non	Non	13	22,8%
Adaptation	Adapter les propositions aux capacités, aux besoins et aux situations	10	17,5%
Non-réponse	Non-réponse	8	14%
Social	Prévention de la perte de lien social	8	14%
Proposition adaptée	Proposition de temps, activités, accompagnement dédiés	7	12,3%
Fédérale	Réflexion à l'échelle fédérale régionale ou départementale	6	10,5 %
Physique	Prévention physique/santé/Mémoire	6	10,5 %
Orientation/parteneriat	Orientation vers des services spécialisés / partenaires spécialisés	5	8,8%
Réflexion	Réflexion amorcée	4	7%
Pratiques/limites	Réinterroge les pratiques et limites des Centres Sociaux sur cette question	4	7%
Accès	Accès physique à la structure/accueil	4	7%
Richesse/ressource	Rester/être une richesse/ressource malgré la perte de capacité	3	5,3%
Aide à domicile	Développement d'une proposition d'aide à domicile	2	3,5 %
Bien-être	Bien-être sécurité	2	3,5%
Numérique	Prévention numérique	1	1,8%
Total des observations		57	

Réalisation : Juliette Michel 2019

À la question « *Dans votre pratique professionnelle, avez-vous une réflexion particulière sur les questions de perte de capacité due à l'âge ? Laquelle ?* »¹¹³, les professionnels des Centres Sociaux sont une majorité à répondre « oui » (54,4 %). Ils sont une majorité à souligner que la prise en compte de cet enjeu nécessite d'adapter leurs pratiques et propositions (voir tableau 23). À travers « *l'adaptation des propositions* » on retrouve la volonté d'accueil de tous. Le constat est qu'actuellement les Centres Sociaux ne sont pas en mesure d'accueillir un certain type de population âgée. À l'inverse, le développement de « *propositions adaptées* », de temps, d'activités ou d'accompagnement dédiés à cette population vient remettre en question cet accueil puisqu'il s'agit d'isoler ce public dans des temps spécifiques. Le fait que les thématiques « *adaptations des propositions* » et « *pratique adaptée* » soient sur le podium des réponses les plus fréquentes illustre bien une ambivalence entre le discours et la pratique des Centres Sociaux.

¹¹² Question ouverte, recodée. Le recodage permet d'attribuer plusieurs thématiques à chaque réponses

¹¹³ Auto-questionnaire JPAG - 57 répondants (voir chapitre 4 - 1.2.2)

2.1.3. Nommer ou ne pas nommer le Bien-vieillir

L'absence de consensus autour de l'emploi du terme bien-vieillir se retrouve dans la manière dont sont nommées les activités au sein des secteurs de chaque Centre Social. Ce n'est pas parce qu'un centre développe une proposition de bien-vieillir qu'il va qualifier ainsi ces activités. Comme le montre le tableau 24, il y a une différence notable entre le nombre de Centres Sociaux intitulant leurs actions bien-vieillir et le nombre de centres intervenant dans le champ du bien-vieillir. Cette distinction est à rapprocher de celle que nous observons entre la présentation des actions des Centres Sociaux via questionnaire SENACS et celle des projets sociaux. Se pose à nouveau la question des enjeux de reconnaissance des Centres Sociaux dans le champ du vieillissement, ainsi que la lisibilité de leurs propositions.

Tableau 24 : Votre Centre Social propose-t-il des actions ¹¹⁴:

	Intitulées « Bien-vieillir »	Entrant dans le champ du « Bien-vieillir »
Non	33	7
Oui	20	46
Non-réponse	2	2
Ne sais pas	2	2
Total	57	57

Réalisation : Juliette Michel 2019

2.2. Définir le bien-vieillir pour les professionnels des Centres Sociaux

Quels sont les critères permettant de qualifier une action « bien-vieillir » ? Nous avons identifié les 3 axes du positionnement des Centres Sociaux en termes d'action vieillissement au niveau fédéral : la participation, la prévention et le lien intergénérationnel. Étant donné l'absence de définitions du bien-vieillir et les controverses autour de son usage, il est nécessaire de compléter et de comparer ces axes aux définitions des professionnels des Centres Sociaux.

Au cours des entretiens, malgré l'absence de consensus, plusieurs notions reviennent régulièrement. Pour les professionnels rencontrés, le Bien-vieillir consisterait donc à :

- Ne pas être isolé socialement : « *c'est bien vivre, vivre ensemble, avoir des liens sociaux* » ; « *éviter l'isolement, pour rencontrer ses pairs, mais aussi d'autres générations* » ; « *Bien-vieillir ce serait vieillir entouré* », etc.
- Avoir une bonne santé physique : « *c'est physiquement aussi Bien-vieillir, c'est-à-dire avoir des activités qui maintiennent en forme* » ; « *avoir toute sa tête et tout son corps* » ; « *ne pas être limité par des problèmes physiques ou (...) d'ordre psychologique* » ; etc.

¹¹⁴ Auto-questionnaire JPAG - 57 répondants

- Être ou se sentir utile : « *C'est continuer d'avoir sa place dans la société, de pouvoir s'engager, être utile* » ; « *trouv [er] une valorisation à travers ce qu'ils font* », etc.

 Tableau 25 : Que signifie, pour vous, le terme « Bien-vieillir » ? Comment le définiriez-vous ?¹¹⁵

Thématiques	Contenu de la thématique	Nb de citations	Fréquence
Lien social/Isolement	Maintien et/la création du lien social, de lien aux autres et la notion de rencontre ; idée de lutter contre l'isolement et d'être entourée	22	38,6%
Bien-être /épanouissement	Idée d'être bien, soi-même et épanoui ; idée de bien-être et de bonheur	20	35,1%
Santé	Bonne santé physique	19	33,3%
Autonomie/Capacités	Vieillir en conservant ses capacités, être autonome	13	22,8%
Territoire/environnement	Idée d'être implantée dans un territoire, d'être bien dans son environnement, être bien dans son logement	12	21,1%
Age	Idée d'une avancée en âge, d'une continuité conscientisée ; un changement accepté et/ou préparé	10	17,5%
Reconnaissance	Considérer une personne comme ressource, idée de prendre place dans la société	9	15,8%
Pluralité/choix	Idée qu'il existe plusieurs manières de vieillir et donc des spécificités à prendre en compte pour chacun ; tient du respect ou de l'adéquation à des choix personnels	8	14%
Non-réponse		4	7%
Acteur	La personne est présentée comme active, impliquée	4	7%
Finance	Idée de la sécurité financière	3	5,3%
Besoin	Trouver des réponses à ses besoins	2	3,5%
Dignité	Vieillir dignement	2	3,5%
Activités	Liée au fait d'être actif ; pratique d'une activité	2	3,5%
Accompagnement	Etre accompagné	2	3,5%
Total des observations		57	

Réalisation : Juliette Michel 2019

Au côté de ces trois grands thèmes, on retrouve des idées comme le vieillissement sans perte d'autonomie, le maintien d'une activité intellectuelle et l'importance de faire des projets. Toutes les réponses contiennent également une dimension de temps : il s'agit d'acquérir ou de maintenir un vieillissement préservant ses capacités le plus longtemps possible. On retrouve ainsi la dimension de prévention de la proposition des Centres Sociaux (voir partie II chapitre 6 – 1.3.1). Dans une certaine mesure, on peut trouver des aspects liés à la participation dans la lutte contre l'isolement social et le sentiment d'utilité. Les entretiens montrent que le bien-vieillir est toujours présenté comme une notion pluridimensionnelle. Afin d'obtenir une vue plus large que notre seul échantillon, nous avons interrogé plus largement le réseau des Centres Sociaux. À la question « *Que signifie, pour vous, le terme "Bien-*

¹¹⁵ Question ouverte, recodée. Le recodage permet d'attribuer plusieurs thématiques à chaque réponses

vieillir ? Comment le définiriez-vous ? »¹¹⁶ (voir tableau 25). Les réponses à cette question ouverte ont fait l'objet d'un codage. Celui-ci a permis d'attribuer plusieurs thématiques à chaque réponse. La majorité des réponses correspondent à 2 (16 : 28 %) ou 3 (22 : 39 %) thématiques, cela pouvant aller jusqu'à 4 (8 : 14 %). De nouveau, le bien-vieillir se présente comme une notion à plusieurs dimensions.

2.2.1. Le poids de la santé

Toutes les dimensions du bien-vieillir ne relèvent pas nécessairement des compétences et des savoir-faire des Centres Sociaux. Parmi les thématiques les plus nommées, les trois premières représentent chacune environ un tiers des répondants. Ce sont : Lien social/Isolement ; Bien-être/épanouissement et Santé. Si les deux premières thématiques, le lien social et le bien-être, trouvent directement un écho dans la pratique des Centres Sociaux, c'est nettement moins le cas pour la 3^e : l'aspect santé. La place importante que revêt cet aspect dans les définitions du bien-vieillir par les professionnels des Centres Sociaux est essentielle à la compréhension de certaines réticences.

2.2.1.a. Une mise à distance des aspects de santé physique

Pour la thématique Santé, 7 des 19 réponses ne se recoupent pas avec les dimensions de lien social ou de bien-être, contre 5 qui l'associent à au moins l'une de ces dimensions. La compréhension du bien-vieillir par une partie des professionnels est donc celle d'une approche dominée par des considérations de santé physique. Cette compréhension de certains sans que la dimension de santé physique soit complétée par des thématiques s'inscrivant dans le champ des Centres Sociaux (lien social et bien-être) explique que l'utilisation du terme ne fasse pas consensus au sein du réseau. On fait face à des compréhensions qui ne supposent pas le même rôle du Centre Social. Comment placer les Centres Sociaux au sein de la promotion du Bien-vieillir quand on le comprend comme : « [...] une idéologie du bien ; comme si accoler le terme bien à vieillir avait un effet anxiolytique [...] il renvoie à l'imposition d'un modèle de vie hygiéniste et plein de dénis du réel. »¹¹⁷ À l'inverse, la compréhension du bien-vieillir comme de « continuer de s'épanouir tout en vieillissant »¹¹⁸ donne au Centre Social un rôle tout à fait différent.

Si l'on se penche sur les thématiques citées eu 2^e rang (autour de 21-22 % des répondants) : Autonomie/capacité et territoire/environnement, on retrouve une thématique plus en lien avec les Centres Sociaux que l'autre. La forte présence de la question du territoire et de l'environnement est à lier à la nature d'acteur de développement social local des Centres Sociaux. Il est alors normal que cette dimension soit présente dans leur réflexion autour du vieillissement. On remarque que la mention de l'aspect territorial du bien-vieillir se recoupe autant à celle du lien social qu'à celle du bien-être (5 occurrences communes) et moins à celle de la santé (2 occurrences communes – voir tableau 28). Cette

¹¹⁶ Auto questionnaire JPAG - 57 répondants

¹¹⁷ Réponse à l'auto-questionnaire JPAG

¹¹⁸ Réponse à l'auto-questionnaire JPAG

dimension de proximité et d'adaptation du milieu serait donc moins importante en termes de santé qu'en termes de lien social et de bien-être. Une fois de plus, il est nécessaire de rapprocher cela de la manière dont les Centres Sociaux définissent : des structures de proximité et de promotion du lien social. Ce qui explique que la dimension de proximité soit, dans les définitions données au Bien-vieillir, plus proche de ces notions que de celle de la santé, plus éloignée de leur pratique (voir II.5.2.1.2).

À l'inverse, pour le thème autonomie/capacité les recoupements d'occurrences ne montrent que les aspects de santé et de lien social. Cela trouve un écho dans nos précédentes observations sur l'accueil de tous les publics vieillissants. La question de l'autonomie est beaucoup plus marquée par une considération sur la santé qui l'éloigne du champ de Centres Sociaux. La prévention de la perte d'autonomie n'est pas incompatible avec celle autour de la perte du lien social puisque ces deux aspects, santé et lien social, sont présentés dans les mêmes propositions (5 occurrences communes). Néanmoins, le poids de l'aspect santé souligne la difficulté que les professionnels des Centres Sociaux interrogés mettaient en avant quant à l'intégration d'un public en situation de perte d'autonomie dans les actions collectives.

Ce point sur la santé souligne une tension importante quant à la question du bien-vieillir qui éclaire les débats autour de son usage. Le bien-vieillir en tant que notion n'est pas lié à la question de la dépendance, il s'agit au contraire d'une démarche en amont, qui se caractérise justement par une considération sur une vieillesse non pathologique. Mais le terme est apparu dans les réseaux via un partenariat avec la CNAV ce qui pour les Centres Sociaux a contribué à lier ce terme à la question de la dépendance. Le poids de la santé et les difficultés des professionnels à inclure des personnes en situation de perte d'autonomie ou handicapées à leurs activités soulignent une crainte de la médicalisation de leurs actions. Cela génère en réaction la formulation d'un positionnement en opposition à ces approches, se traduisant pour certains par un rejet du terme bien-vieillir. Cette lecture du bien-vieillir par les professionnels des Centres Sociaux pousse à se pencher sur la question de leurs formations.

2.2.1.b. Formation

Au cours des 3 ans de la recherche I-CARE, il n'y a eu qu'une fois où une définition du bien-vieillir admise dans un cadre plus large que celui des Centres Sociaux a été citée au sein du réseau. Cette définition « académique » ou en tout cas produite et acceptée par des acteurs extérieurs aux Centres Sociaux, est donnée dans l'auto-questionnaire JPAG :

« Le bien-vieillir est une notion globale qui prend en compte la préservation de la santé d'une personne au sens OMS du terme ainsi que l'adaptation et le maintien de son inclusion sociale. Il passe par une évolution de ses modalités de vie, de son rapport à l'autre et à la société sur tous les champs de la vie : culture, activité professionnelle rémunérée ou non, transports, logement,

liens familiaux, liens amicaux, citoyenneté, transmission de connaissances et compétence, nouveaux apprentissages, etc. » ¹¹⁹

C'est la réponse du seul répondant ayant une formation dans le domaine santé. En effet, une large partie de nos répondants sont formés dans les domaines de l'animation et de l'action sociale (voir tableau 26). Leur culture professionnelle est celle de l'animation globale.

Tableau 26 : Domaine de formation des répondants à l'auto-questionnaire JPAG¹²⁰

Domaine de formation	Nombre de citations	Fréquences
Social - Politiques publiques et sociales	19	33,3%
Animation socioculturelle	12	21,2%
Autre (Histoire, Numérique, etc.)	6	12,2%
Animation territoriale	5	8,8%
Gestion-droite-économie	5	8,8%
Non-réponse	4	7%
Sciences sociales	3	5,3%
Animation Jeunesse	2	3,5%
Santé	1	1,7%

Réalisation : Juliette Michel 2019

Au cours des entretiens comme dans les instances fédérales, le constat est fait d'un manque de formation des professionnels sur la question du vieillissement. Par exemple, c'est le cas de la fin de vie et de la perte d'autonomie. Il y a une demande en termes de posture professionnelle à adopter face à ses questionnements chez un adhérent.

« Sur la petite enfance, on nous apprend à prendre du recul par rapport à sa propre famille, sa propre fratrie, ses propres enfants, mais là par rapport à ses parents, ses grands-parents, on n'est pas aussi clair. [...] Ce n'est pas si simple que ça de réagir à une personne qui te dit "de toute façon moi j'attends qu'une chose ce soit la mort". Il faut quand même être capable de recevoir un truc pareil, parce que ça ne s'improvise pas. Et, mine de rien, s'il est déjà assez en confiance pour te dire ça, il peut te dire autre chose aussi.... Donc il manque peut-être un peu d'analyse de pratique, de prise de recul... » (entretien n° VIII)

À côté du constat de ces manques et de ce besoin de formations complémentaires, les acteurs professionnels et bénévoles, notamment à l'échelle fédérale, expriment une volonté de se distinguer dans leurs pratiques de l'intervention médicosociale : *« Nous on n'est pas sur la santé ; on n'est pas*

¹¹⁹ Réponse à l'auto-questionnaire JPAG

¹²⁰ Auto questionnaire JPAG - 57 répondants - Réponse à la question « votre domaine de formation :... », question ouverte codée. Il est à noter que le Tableau présente les réponses à la question « votre domaine de formation » il s'agit donc de déclaratif. Il est intéressant de voir qu'il y a un certain décalage avec les domaines de formation des diplômes déclarés. En effet, si ceux-ci étaient nombreux dans le champ de l'éducation populaire (12, soit 21 % des répondants sont détenteurs d'un DESJEPS ou BPJEPS). Pourtant, l'« éducation populaire » n'est déclarée comme domaine de formation que pour un répondant, et ce n'est pas une personne déclarant être titulaire de l'un de ces diplômes.

psychologues » ; « *L'action des Centres Sociaux ne peut pas être médicosociale* »¹²¹. La proposition des Centres Sociaux en matière de vieillissement est bien de se distancier d'une approche sanitaire du vieillissement, ce qui pour certains équivaut à se distancier du bien-vieillir. Les questions de dépendances ne sont abordées que sous l'angle de la prévention afin de « *se décentrer de la question sanitaire des personnes âgées* »¹²².

Cela rejoint une peur de la santé (dans sa dimension médicale), de la dénaturation de leurs actions en prenant en compte cette dimension. Cette peur est due à une vision purement fonctionnelle de la santé ne prenant pas en compte les déterminants sociaux de la santé (voir partie I chapitre 3 - encadré 4) et s'explique par un manque de formation.

Cela met en avant une posture très particulière quant au bien-vieillir. D'un côté la compréhension du terme l'associe à une vision sanitaire de la vieillesse et pousse à le rejeter. L'objectif fédéral est orienté vers une recherche de reconnaissance du savoir-faire des Centres Sociaux en matière d'animations. Cela passe par la mise en avant d'activités dans lesquelles on va trouver un certain type de public (sportives, techniques, manuelles, etc.), plutôt que l'adaptation de cette pratique afin d'accueillir un public âgé plus large, en moins bonne santé, pour ne pas « *faire du médicosocial* ». D'un autre côté, l'histoire du bien-vieillir dans les Centres Sociaux correspond à une volonté de reconnaissance par des acteurs du vieillissement, champs d'intervention qui s'est structurée et professionnalisée sur des pratiques médicosociales. Le terme est donc à la fois utilisé pour être lisible par le médicosocial et rejeté pour ne pas avoir à faire du médicosocial. Cela contribue à conserver une vision de la santé, du social et médicosocial dans leurs silos, ce qui est par ailleurs souligné comme frein important de la visibilité de l'action des Centres Sociaux pour les plus de 60 ans (voir partie III chapitre 8 - 1.3.).

2.2.1.c. Santé environnement et partenariat

La santé est volontairement mise à distance des thématiques abordées par les Centres Sociaux. Leur positionnement actuel à ce sujet est ambigu. Il y a une différence entre la demande de formations spécifiques à la question de l'intégration de personnes non autonomes et la position fédérale de valorisation de la pratique existante qui elle n'est pas adaptée à l'accueil de ces populations.

La question des personnes âgées dépendantes est aussi abordée dans certaines expérimentations des Centres Sociaux. Comme le montrait le tableau 23 (question de la perte de capacité due à l'âge), certains proposent le développement de l'aide à domicile. Cette proposition ne représente que peu des réponses, mais interroge sur la pertinence des Centres Sociaux à se positionner sur un tel sujet, car cela va à l'inverse de leurs trajectoires historiques. La dimension « domicile » présente au premier temps des Centres Sociaux c'est progressivement effacé (voir partie I chapitre 1 - 1). De nombreux Centres Sociaux

¹²¹ Propos recueilli lors d'une commission Bien-vieillir fédérale — Phase d'immersion préalable

¹²² Propos recueilli lors d'une commission Bien-vieillir fédérale — Phase d'immersion préalable

développent aujourd’hui des actions « hors les murs », avec une mise en avant de « l’aller vers ». C’est alors au Centre Social d’aller vers la population et non l’inverse. La mise en place de ce genre d’action interroge le cœur des pratiques d’une structure qui se définit comme un lieu ou un espace (voir partie III chapitre 7 – 2.2). L’« aller vers » va se traduire par des actions au domicile des personnes avec un portage de livre¹²³ ou une proposition de jardinage¹²⁴. Il s’agit d’entrer dans la sphère privée des personnes, alors que les Centres Sociaux se définissent par l’action collective.

Vis-à-vis de ces questions et thématiques de santé, on identifie donc deux stratégies au sein des Centres Sociaux : l’évolution des compétences et des pratiques et le développement de partenariat avec des acteurs ayant des compétences complémentaires. À la question « *L’intervention des Centres Sociaux dans ces différents champs du vieillissement doit-être :* » (voir tableau 27) la principale raison d’intervention correspond à un « un enjeu de territoire ». La dimension territoriale apparaît encore une fois comme centrale dans la question du bien-vieillir dans les Centres Sociaux.

Tableau 27 : L’intervention des Centres Sociaux dans ces différents champs du vieillissement doit-être¹²⁵ :

	Nb de citations	Fréquence
Une réponse à un besoin identifié sur le territoire	49	86 %
Etre l’objet de partenariats	45	78,9 %
Une réponse à un besoin exprimé par la population	35	61,4 %
Reconnue par d’autres acteurs	24	42,1 %
Systematique	10	17,5 %
Optionnelle	9	15,8 %
Recommandée par d’autres acteurs	5	8,8 %
Non réponse	3	5,3 %
Total de réponses	57	

Réalisation : Juliette Michel 2019

L’intervention des Centres Sociaux comme « réponse à un besoin de la population » est proportionnellement moins importante que le fait « d’être l’objet de partenariat ». Pourtant, répondre aux besoins des habitants et donc de la population, est au cœur de ce que se déclarent être les Centres Sociaux. Néanmoins, le développement de partenariats permet de justifier l’action sur le vieillissement. Dans ce sens on voit se développer des pratiques qui se rapprochent plus de la réponse à un appel à projets local (d’où l’importance de la dimension de territoire) que le développement d’action répondant au besoin des habitants (la définition de l’habitant est une question en elle-même traitée dans la

¹²³ Exemple : « la culture à domicile » de l’Office socioculturel de Donges. Cette action s’inscrit dans une perspective d’amélioration de la vie quotidienne des résidents âgés isolée de la commune. Elle propose le de livres, de revue, de CD/ DVD porté directement au domicile de la personne. (« Les Centres Sociaux témoignent ! – Projet I-CARE » 2018)

¹²⁴ Exemple : « Jardin’âges » du Centre Social de l’Allée verte : « *Dans un esprit de partage et de convivialité, Jardin’âges met en relation des jardiniers amateurs, en manque d’espace à cultiver, avec des personnes âgées recherchant de l’aide pour entretenir leur jardin* » (« Les Centres Sociaux témoignent ! – Projet I-CARE » 2018)

¹²⁵ Auto questionnaire JPAG - 57 répondants - question fermée à choix multiple

partie III chapitre 7 – 1.1). L'importance de cette modalité de réponse fait échos à l'adoption d'un vocabulaire spécifique pour développer les partenariats.

2.2.2. Positionner le bien-vieillir pour les Centres Sociaux

En s'appuyant sur ces éléments, les réponses à l'auto-questionnaire JPAG ainsi que sur les positionnements fédéraux il est possible de figurer une sphère d'action des Centres Sociaux (voir figure 28). Pour cela, il faut ajouter à notre analyse les recouvrements entre les trois principales thématiques de réponse à la question « *Que signifie, pour vous, le terme "Bien-vieillir"? Comment le définiriez-vous?* » (voir tableau 26) Lien social/Isolement ; Bien-être/épanouissement et Santé et les thématiques secondaires et tertiaires.

Au 3^e rang des thématiques les plus fréquemment abordées dans les définitions, on trouve : l'âge ; la reconnaissance et la pluralité. La notion de reconnaissance peut-être comprise en échos à la volonté des Centres Sociaux d'accompagner un rôle citoyen de leurs adhérents. La thématique de l'âge est quant à elle intéressante à prendre en compte dans la compréhension de la proposition des Centres Sociaux en termes de prévention. De nouveau, en regardant le recouplement d'occurrence avec les thématiques principales, on s'aperçoit que certains thèmes rentrent plus dans le champ des Centres Sociaux que d'autres. Ainsi les thématiques de l'âge et de la reconnaissance sont plus proches des axes des Centres Sociaux (lien social et bien-être) que celle de la pluralité (voir tableau 28).

Tableau 28 : Recouplement des thématiques de réponses à la question : « Que signifie, pour vous, le terme « Bien-vieillir » ? Comment le définiriez-vous ? »¹²⁶

	Lien Social	Bien être	Santé
Territoire / environnement	5	5	2
Autonomie / capacité	5	0	5
Age	5	4	1
Reconnaissance	3	3	2
Pluralité	0	4	2

Réalisation : Juliette Michel 2019

L'affirmation de la pluralité des vieillissements est alignée avec la philosophie des Centres Sociaux : l'envie de ne pas réduire une personne à son vieillissement et une vision homogénéisante des envies et besoins associés à celui-ci. Dans les définitions proposées, la reconnaissance de cette pluralité est fortement associée à la notion de bien-être. Elle est d'ailleurs évoquée dans les critiques formulées sur le recours à l'« appellation bien-vieillir ».

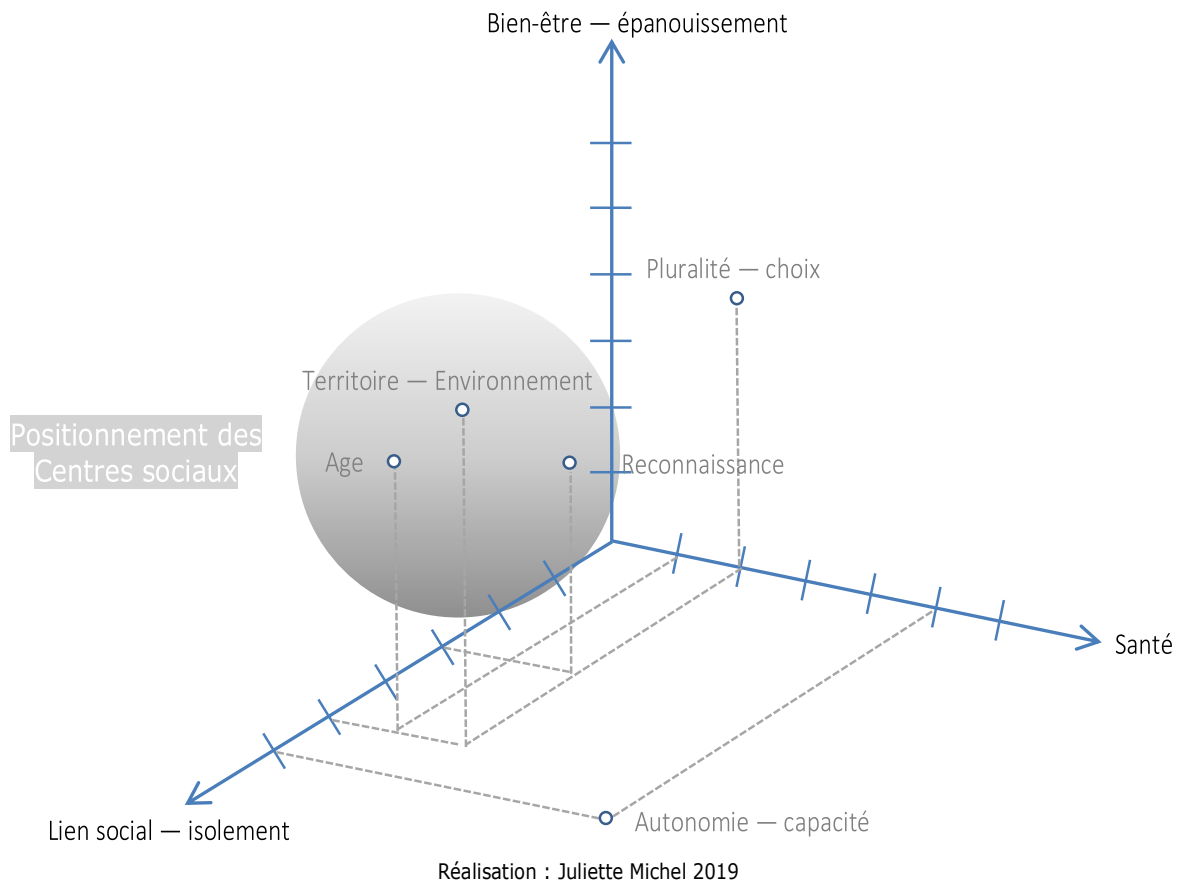
« L'appellation bien-vieillir se réfère pour moi à un modèle établi entre bon et mauvais vieillissements... à utiliser avec précaution pour ne pas guider vers un modèle unique. Les

¹²⁶ Auto questionnaire JPAG - 57 répondants

chemins vers un vieillissement épanouissant sont multiples et sont à prendre en considération »¹²⁷.

Si le lien avec l'épanouissement est établi, ce n'est pas le cas pour ce qui tient du lien social. On peut de nouveau rapprocher cela des questions d'accueil de tout le public vieillissant. D'une certaine manière, la défense d'une vision d'un vieillissement multiple conduit à dire que tous les publics vieillissants n'ont pas les mêmes besoins et réaffirme que les Centres Sociaux n'ont pas la capacité de tous les accueillir.

Figure 28 : Définitions du Bien-vieillir et positionnement des Centres Sociaux.



La figure 28, propose une synthèse des différents éléments intégrés à la définition du bien-vieillir par les professionnels des Centres Sociaux. Ceux-ci s'articulent autour des 3 axes principaux identifiés dans les réponses : le bien-être et l'épanouissement, le lien social et la santé. Les thèmes secondaires et tertiaires sont positionnés en fonction des recoupements d'occurrence dans les réponses. La figure 28 intègre les réflexions autour de l'intégration de certaines thématiques dans les champs de l'intervention des Centres Sociaux sur la question du vieillissement. Celle-ci positionne sur notre graphique avec des valeurs fortes sur les axes du bien-être et du lien social et une valeur faible sur celui de la santé.

¹²⁷ Réponse à l'auto-questionnaire JPAG

En positionnant ainsi les Centres Sociaux, on remarque que les thématiques de la pluralité et de l'autonomie sont exclues du champ d'action des Centres Sociaux. Les définitions des professionnels des Centres Sociaux structurent le Bien-vieillir comme un champ tridimensionnel au sein duquel leurs pratiques les situent principalement sur 2 des trois axes.

2.3. Vivre le Bien-vieillir dans les Centres Sociaux : Du côté des adhérents

2.3.1. Définitions du bien-vieillir par les plus de 60 ans

Comprendre ce qu'est le bien-vieillir dans les Centres Sociaux, c'est aussi comprendre ce qu'est le bien-vieillir pour les personnes les fréquentant. Ce qui permet, dans un second temps, de comparer cette vision aux apports de leurs pratiques dans les centres. De nouveau le bien-vieillir, se présente comme une notion pluridimensionnelle, 50 % des réponses correspondant à au moins deux thématiques (voir tableau 29).

Tableau 29 : Qu'est-ce que « Bien-vieillir » pour vous ?¹²⁸

Thématique	Contenu de la thématique	Nombre de citations	Fréquence
Santé	Avoir une bonne santé	31	33,3 %
Être actif	Avoir une activité, rester « dans le mouvement »	16	17,2 %
Lien social	Voir du monde, ne pas être seul	16	17,2 %
Non-réponse		13	14 %
Bien-être	Se sentir bien dans sa tête, bien dans sa peau. Avoir une bonne qualité de vie.	11	11,8 %
Autonomie	Ne pas être limité dans ses envies et ses activités par une perte d'autonomie physique, cognitive ou financière	10	10,8 %
Vie sociale	Continuer à avoir, maintenir sa vie sociale	9	9,7 %
Plaisir, ludique	Se faire plaisir, avoir des activités conviviales	9	9,7 %
Accepter l'âge	Accepter les changements positifs ou négatifs qu'induit l'avancée en âge	9	9,7 %
Apprentissage/curiosité	Découvrir de nouveaux horizons, apprendre de nouvelles choses	7	7,5 %
Famille	Partagée de temps familiaux, être entouré par sa famille	6	6,5 %
Avoir un objectif	Avoir un but, des projets à réaliser	6	6,5 %
Sortir/bouger	Sortir de chez soi, avoir des activités extérieures	5	5,4 %
Intergénérationnel	Être en contact avec des personnes de tous âges	4	4,3 %
Être utile	Être utile pour les autres, apporter quelque chose à la société	4	4,3 %
Rester jeune	Être jeune dans sa tête, ne pas prendre en compte l'âge	3	3,2 %
Total des observations		93	

Réalisation : Juliette Michel 2019

Comparons le poids de la dimension santé dans les définitions des professionnels et des adhérents. En termes de proportion, cette thématique est présente de la même manière dans les deux panels (33,3 %). Néanmoins, elle émerge comme thématique principale dans les définitions des adhérents. Là où cette thématique était complétée par les dimensions de lien social et de bien-être, présentes dans les

¹²⁸ Enquête usagers, 93 répondants (voir chapitre 4 – 2.2.2) – question ouverte recodée comme choix multiple

mêmes proportions dans les définitions professionnelles, elle est seule en tête des définitions des adhérents. Elle représente également un tiers des réponses ne s'inscrivant que dans une seule thématique. Les thématiques suivantes, « être actif » et « lien social », n'arrivent que bien après dans les réponses.

Nous avons distingué, dans les thématiques de réponse, « lien social » de « vie sociale ». La thématique « lien social » traduit l'idée d'être en contact avec d'autres personnes, de voir du monde, sans préciser l'intensité de ses contacts ou l'intimité des rapports entre les personnes et le répondant. Avec la « vie sociale » on traduit la mention d'une activité sociale préexistante à maintenir et étant partie intégrante du quotidien de l'interrogé. Dans un cas il s'agit donc de création de contact de nouveau et dans l'autre du maintien d'un réseau social existant.

Le fait que le « lien social » soit une dimension qui ressorte plus fortement que la « vie sociale » n'est donc pas anodin. Pour bien-vieillir, il ne s'agirait pas uniquement de conserver un réseau social existant, mais de développer des contacts, des relations en vue de ne pas être seul ou se sentir seul sans que ces relations soient particulièrement intimes ou personnelles. Finalement, il s'agit de continuer à pouvoir créer des nouveaux contacts, comme cela a été le cas tout au long de l'existence. La question n'est pas d'être entouré, mais de continuer à renouveler ses contacts, construire de nouvelles relations. En reprenant les réponses des professionnels, on retrouve cette vision du bien-vieillir axée sur le lien social plus que sur la vie sociale. Il s'agissait bien de développer un lien social en vue de lutter contre l'isolement. Bien-vieillir dans un Centre Social consisterait-il donc à la création de liens sociaux nouveaux et peu profonds plus qu'au maintien d'une vie sociale ? Cette réflexion amorcée ici est prolongée dans le chapitre 6 autour de la question des relations amicales ou de connaissances.

La question de l'activité est mise en avant dans les réponses des adhérents. Cette thématique traduit une idée de mouvement. On y retrouve des réponses telle que : « *pratiquer des activités pour sortir de chez soi* », « *toujours actif* », « *rester dans le mouvement* »¹²⁹. Cette notion de mouvement se retrouve dans la thématique sortir/bouger (avec laquelle elle partage 3 occurrences), et, dans une autre dimension celle de l'apprentissage/curiosité.

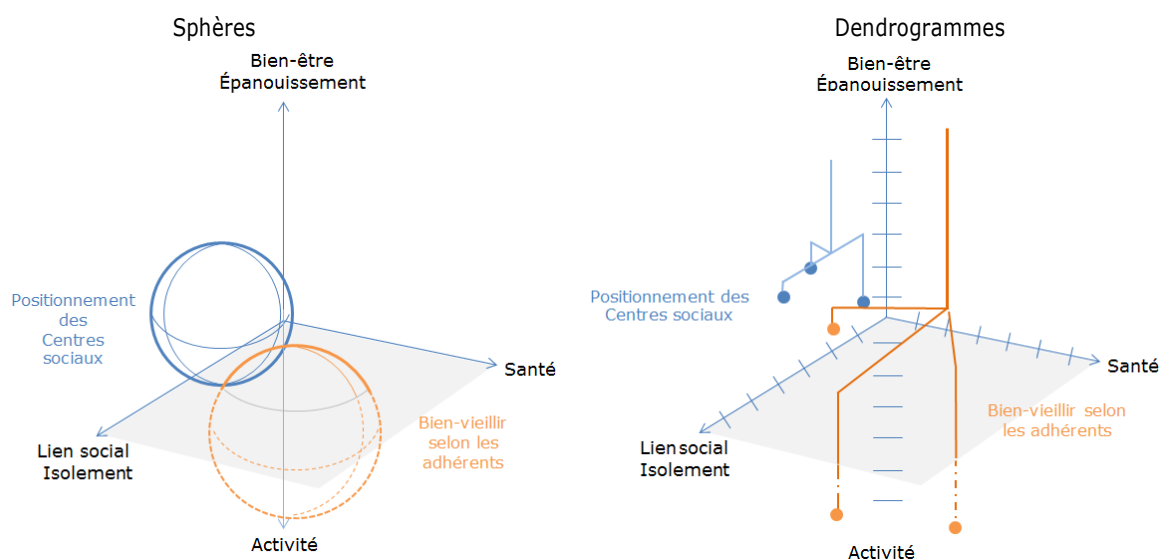
Bien-vieillir est alors un processus dynamique. Il s'agirait d'avoir une activité physique ou mentale qui conduise à un changement de pratique ou d'intérêt à travers l'acquisition de nouvelles compétences ou de nouvelles curiosités. Cela fait écho aux définitions des vieillissements actifs et réussis. On retrouve l'idée du bien-vieillir comme un processus intégré au parcours de vie. L'idée d'avoir une activité pour changer ou adapter ses comportements fait échos au triptyque sélection-optimisation-compensation, qui

¹²⁹ Réponses à l'enquête usagers

ici passe par la pratique d'activité, du modèle Successful Aging de Paul Baltes et Margaret Baltes (1990) (voir partie I chapitre 2 – 2.1).

Dans ce cadre, on comprend le poids de la bonne santé dans le maintien ou de déroulement de ce processus. Là où le poids de la santé soulevait des peurs chez les professionnels, la compréhension du bien-vieillir par les adhérents se rapproche des cadres académiques ce qui devrait lever leurs craintes. Cela permet de soulever un point important : les craintes des Centres Sociaux quant à la question de la santé ne sont pas tant un reflet de leur public que de leur relation partenariale et de leur culture professionnelle.

Figure 29 : Positionnement des Centres Sociaux et définition du Bien-vieillir par les adhérents



Réalisation : Juliette Michel 2019

Afin d'inscrire cette « sphère » de définition du bien-vieillir dans le référentiel construit pour le positionnement des Centres Sociaux via les définitions professionnelles, il est nécessaire d'ajouter un axe autour de la question de l'activité (voir figure 29). Le bien-vieillir, selon les adhérents, se caractérise des valeurs fortes sur les axes de la santé, du lien social et de l'activité et une valeur faible sur celui du bien-être. La rencontre entre les deux sphères est finalement assez fine, se retrouvant principalement l'axe du lien social.

La finesse de cette intersection pourrait conduire à remettre en question le rôle du Centre Social dans la construction, la promotion du Bien-vieillir de ses adhérents. Pourtant, à la question « Avez-vous l'impression que votre activité dans le centre participe à votre "Bien-vieillir" ? »¹³⁰, 74,2 % des enquêtés répondent « oui ». De la même manière, les professionnels rencontrés n'expriment pas de doute quant à

¹³⁰ Enquête usagers, 93 répondants – question ouverte recodée comme choix unique

l'effet positif que peut avoir l'inscription dans le Centre Social sur un vieillissement épanoui. Afin de comprendre cet écart, on va donc se pencher sur les apports de cette pratique identifiés par les professionnels et les adhérents.

2.3.2. Apports du Centre Social en termes de bien-vieillir

Au-delà des conflits de définition au sein du réseau et de la différence que l'on a identifiée entre les définitions des usagers et celle des professionnels, les Centres Sociaux développent une proportion d'action et d'activités intitulée bien-vieillir. Et ils impactent certainement cette dimension au travers d'actions non nommées, mais qui touchent au bien-vieillir. La question est celle des apports du Centre Social au bien-vieillir des personnes de plus de 60 ans.

2.3.2.a. Le projet et l'engagement bénévole

Peut-on rapprocher les discours des professionnels et les définitions données par les adhérents autour de la question de l'apport des Centres Sociaux au bien-vieillir des personnes ? L'identification des apports par les professionnels comme dans les définitions adhérentes du bien-vieillir, on retrouve la dimension de projet, le besoin d'avoir un objectif.

D'après les professionnels, le Centre Social permet de s'inscrire dans une dynamique de projet et donne donc de nouveaux horizons après l'arrêt d'activité professionnelle. Cette dimension de projet et principalement liée à l'engagement bénévole :

« À la fin d'un projet pro [fessionnel] s'il n'y a pas un autre projet on connaît l'échéance : c'est la mort ! À plus ou moins brève échéance, mais c'est la mort. [...] On a des bénévoles ici, c'est un autre projet de vie [...] eux, en tant que retraités, ils se disent "oui j'ai ma part là-dedans" c'est un projet de vie aussi » (entretiens n° XV).

Via cet engagement, les Centres Sociaux offrent une opportunité d'être utile : « *Le bénévolat est une possibilité pour les retraités de poursuivre leur vie sociale en se rendant utile* »¹³¹. L'apport du Centre Social par le bénévolat est de l'ordre de l'acquisition de nouvelles compétences, de l'accès à une stimulation intellectuelle : « *aujourd'hui elle [bénévole au conseil d'administration] est épanouie de pouvoir participer. Elle me dit : j'ai l'impression que je peux donner mon avis, que j'apprends, que mon cerveau se remet en marche* » (entretien n° XI).

On retrouve bien les thématiques d'objectif, d'apprentissage et d'utilité qui étaient évoquées dans les définitions du bien-vieillir par les adhérents. Néanmoins, dans les perceptions des adhérents, les dimensions de projets, d'apprentissage et d'objectif ne se traduisent que peu par l'engagement bénévole. Parmi les personnes ayant mentionné ces dimensions dans leurs définitions du bien-vieillir, peu se sont

¹³¹ Réponse à l'auto questionnaire pratique professionnelle

des bénévoles. Les thématiques « avoir un objectif », « être utile » et « apprentissage curiosité » regroupent les réponses de 17 enquêtés dont 3 sont bénévoles (sur 93 répondants).

Comparons ces propos professionnels aux réponses des adhérents à la question « *Qu'est-ce que votre activité/présence dans le centre vous apporte ?* » (voir tableau 30). Ces dimensions sont présentes, mais dans des proportions très différentes dans les apports identifiés par les adhérents. La dimension d'utilité se retrouve dans la thématique « aider les autres », mais n'est finalement que peu identifiée comme un apport de la pratique dans le Centre Social et les quatre répondants ayant identifié ce type d'apport sont tous bénévoles. Cela semblerait confirmer l'hypothèse des professionnels : le bénévolat dans les Centres Sociaux permettrait de se sentir utile ce qui participe au bien-vieillir de la personne (voir partie II chapitre 6 – 3.). Mais cette dimension apparaît comme extrêmement minoritaire par rapport à ce qui ressortait des propos des professionnels. L'accent mis sur la dimension de projet de ne retrouve pas. L'apport du centre social semble passé par d'autres dimensions.

Tableau 30 : Qu'est-ce que votre activité/présence dans le centre vous apporte ?¹³²

Thématique	Contenu de la thématique	Nombre de citations	Fréquence
Être ensemble, rencontre, lien social	Être en contact, rencontrer de nouvelles personnes, présence au sein d'un groupe	42	45,2 %
Apprentissage et pratique d'activités nouvelles	Découvrir des nouvelles activités, apprentissage de technique, etc.	28	30,1 %
Pratique d'une activité conviviale	Activité conviviale, partage d'un bon moment	21	22,6 %
Bien-être	Bien-être, plaisir, de bonnes choses	18	19,4 %
Occuper ses loisirs	Remplir son emploi du temps, passer le temps, sortir de la routine	9	9,7 %
Sortir de chez soi	Avoir une activité extérieure, découvrir de nouveaux lieux	8	8,6 %
Non-réponse		8	8,6 %
Échange	Échange de savoir, d'idée, de compétences	7	7,5 %
Prévention	Pratiquer une activité en prévention d'un déclin physique ou cognitif	6	6,5 %
Aider les autres	Besoin de se sentir utile, mettre son temps et ces compétences à disposition	4	4,3 %
Forme physique	Avoir une activité physique, sportive	3	3,2 %
Rien	Rien	1	1,1 %
Total des observations		93	

Réalisation : Juliette Michel 2019

2.3.2.b. La pratique d'activité

Pour les adhérents, l'apport du Centre Social au bien vieillir, c'est avant tout l'occupation du temps libre. On se retrouve plus dans une dimension occupationnelle, de « *il faut bien occuper son temps* »¹³³ que dans la construction d'un projet de vie. D'ailleurs, les réponses entrant dans cette thématique sont

¹³² Enquête usagers, 93 répondants – question ouverte recodée comme choix multiple

¹³³ Réponse à l'enquête usagers

formulées par des bénévoles (2/9). Cette dimension d'occupation est également mentionnée par les professionnels : « *Il y en a pour qui si le [Centre Social] n'est pas proposant [...] je ne sais pas s'ils verraient du monde la semaine* » (entretien n° VIII), ou « *on sent qu'il y a certaines personnes pour qui la sortie du mois [avec le Centre Social] c'est quasiment la seule sortie avec du monde* » (entretien n° VII).

L'apport du Centre Social ne tiendrait-il qu'à la proposition d'une activité, sans que l'activité en question ou la spécificité de la structure ne rentrent en ligne de compte ? Ceci se confirme dans certains échanges avec des adhérents des centres ; comme entre deux participantes d'un atelier tricot : « *Sans le Centre Social on ne ferait pas grand-chose quand même non ?* » « *Si, on irait ailleurs c'est tout* »¹³⁴. De la même manière, à la question « *Qu'êtes-vous venu chercher au Centre Social ?* », la moitié des enquêtés se positionnent sur la recherche d'une activité spécifique (voir tableau 31).

Tableau 31 : Qu'êtes-vous venu chercher au Centre Social ?¹³⁵

Thématique	Nombre de citations	Fréquence
Activité spécifique	47	50,5 %
Faire des rencontres, lien social	32	34,4 %
Activité non spécifique	15	16,1 %
Démarche de prévention	9	9,7 %
Occuper le temps	8	8,6 %
Accompagnement d'une autre personne	5	5,4 %
Transmettre, être utile	3	3,2 %
Participer	2	2,2 %
Vie sociale	2	2,2 %
Non-réponse	2	2,2 %
Convivialité	1	1,1 %
Total des observations	93	

Réalisation : Juliette Michel 2019

Là où les professionnels considèrent le bénévolat comme la principale source d'apprentissage, les adhérents eux, considèrent plutôt la participation à des activités comme moyen de satisfaire leur désir d'apprentissage/curiosité. Les visions professionnelles et adhérentes diffèrent. Seul un bénévole (sur les 23 bénévoles répondants) identifie l'« apprentissage » comme un apport du Centre Social. La dimension d'apprentissage et de pratique de nouvelle activité est un des apports identifiés majeurs que ce soit par les usagers ou par les professionnels. Néanmoins, la manière dont est vécu cet apprentissage par les adhérents et la manière dont il est pensé par les professionnels des Centres Sociaux diffèrent. Cela tient

¹³⁴ Propos recueilli lors d'un atelier tricot – seconde phase du terrain

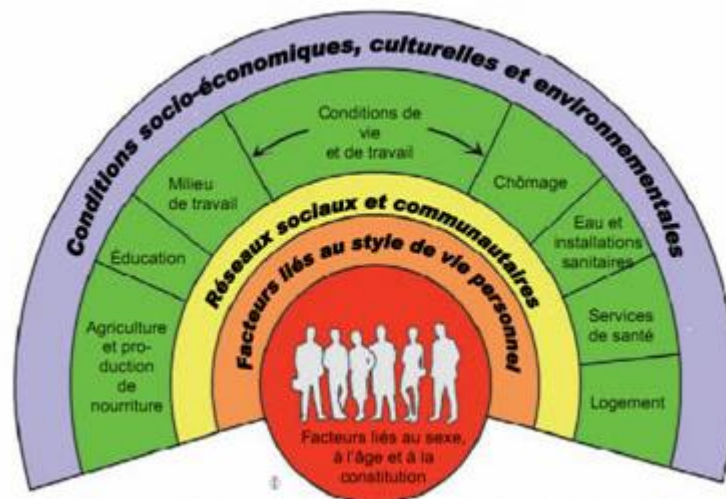
¹³⁵ Enquête usagers, 93 répondants - question ouverte recodée comme choix multiple

principalement au mode de participation sociale des aînés dans les Centres Sociaux et la manière dont ils vont être valorisés (voir partie II chapitre 6).

2.3.2.c. Activités et Lien social

Si l'on revient au tableau 30, l'apport principal identifié par les adhérents est le fait d'être ensemble, dans un groupe et la création du lien social qui en découle (45,2 %). Faire des rencontres et de créer du lien social est une des principales raisons de la venue au Centre Social (34,4 % - tableau 31). L'apport se caractérise par cette mise en contact des personnes, la proposition d'un lieu et d'un moment où il est possible de faire partie d'un groupe. La recherche d'une activité est la raison première de la venue au Centre Social, si on regroupe les activités spécifiques et non spécifiques, on recouvre 66,6 % des réponses. C'est donc principalement par la proposition d'activité que le Centre Social va contribuer à la création de liens sociaux et donc au bien-vieillir des personnes le fréquentant. Cette dimension est particulièrement importante dans la compréhension de leur rôle dans le bien-vieillir. Elle s'intègre au schéma théorique des déterminants sociaux de la santé de Göran Dahlgren et Margaret Whitehead (1991) qui met en avant le rôle des réseaux sociaux communautaire (voir figure 30).

Figure 30 : Modèle des déterminants sociaux de la santé de Dahlgren et Whitehead



Source : « INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? »

L'apport en matière de santé est cité dans une moindre mesure. Si on rassemble les deux thématiques s'en rapprochant « forme physique » et « prévention », on approche les 10 % (9,7 %). Cela n'est pas non plus ce qui est principalement recherché dans les raisons de la venue au centre, la démarche de prévention (maintien de la mémoire ou de ses capacités physiques) représente environ 10 % des raisons énoncées. Sur les 9 répondants venus au Centre Social dans une démarche de prévention, 5 étaient à la recherche d'une activité spécifique.

La moyenne d'âge des personnes identifiant la « prévention » et la « forme physique » comme un apport est plus basse que celle des personnes identifiant d'autres apports (voir tableau 32) alors que l'on aurait

pu supposer l'inverse. La question de la motricité et du maintien de ses facultés devenant plus présente avec l'âge, les apports en termes de prévention auraient donc dû être formulés par des personnes plus âgées. De la même manière, il n'apparaît pas de lien entre l'âge des répondants et les raisons de leur venue au Centre Social, au contraire, la démarche de prévention est entreprise par des jeunes retraités (60-75 ans voir partie II chapitre 6 – 1.3.1)

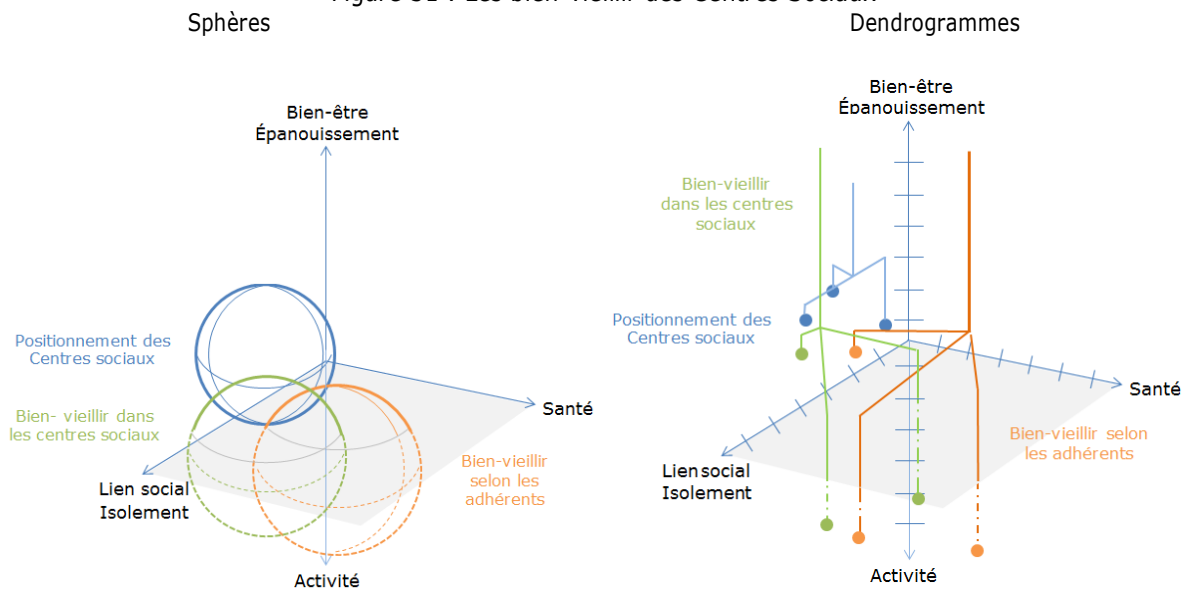
Tableau 32 : Moyenne d'âge des répondants par thématiques d'apport du Centre Social

Thématique	Moyenne d'âge
Forme physique	65
Prévention	65,5
Aider les autres	69
Etre ensemble	69,61
Occuper son temps	70,41
Pratiquer une activité conviviale	70,87
Bien être	71,83
Sortir de chez soi	72,83

Réalisation : Juliette Michel 2019

La moyenne d'âge des personnes identifiant la « prévention » et la « forme physique » comme un apport est plus basse que celle des en identifiant d'autres (voir tableau 32) alors que l'on aurait pu supposer l'inverse. La question de la motricité et du maintien de ses facultés devenant plus présente avec l'âge, les apports en matière de prévention auraient donc dû être formulés par des personnes plus âgées. De la même manière, il n'apparaît pas de lien entre l'âge des répondants et les raisons de leur venue au Centre Social, au contraire, la démarche de prévention est entreprise par des jeunes retraités (60-75 ans voir partie II chapitre 6 – 1.3.1).

Figure 31 : Les bien-vieillir des Centres Sociaux



Réalisation : Juliette Michel 2019

Finalement, les apports identifiés par les adhérents et dans une moindre mesure, les professionnels, sont plus proches des définitions du bien-vieillir des adhérents que de celle des professionnels (voir figure 31). La proximité entre les apports identifiés et les définitions d'adhérents n'est pas surprenante dans la mesure où les Centres Sociaux développent des actions, des dispositifs répondant au besoin de la population (voir partie III chapitre 7 - 1.3). Il est donc naturel que les apports d'activités développées sur les besoins des habitants correspondent en partie aux attentes et définitions des adhérents en termes de bien-vieillir. Il est néanmoins étonnant que les apports identifiés par les professionnels soient éloignés des définitions et des compréhensions du bien-vieillir qu'ils ont. Il y a un décalage visible entre le déclaratif (les définitions professionnelles), les postures théoriques (les axes fédéraux) et la pratique (les apports identifiés).

Conclusion du chapitre 5

Les différents usages du terme bien-vieillir par différents acteurs ont conduit à en faire un élément de discours faisant partie de la culture politique partagée de l'action sociale envers un public de plus de 60 ans. *« C'est en ce sens un effet des logiques de gouvernance que de lisser les singularités liées aux rôles, aux secteurs, aux territoires, aux types d'institutions au profit d'un langage commun »* (Arnaud 2015 p.17). C'est ainsi que, au-delà des théories du vieillissement et des définitions fournies par les politiques publiques, il existe des définitions pratiques du bien-vieillir orientées par les différentes cultures professionnelles des porteurs d'action (valeur, formation, champs d'intervention, etc.), les contextes partenariaux et les publics touchés. Dans les Centres Sociaux, l'adoption du terme bien-vieillir correspond à la combinaison de plusieurs facteurs :

- la question du vieillissement de la population dans certains territoires amène certains Centres Sociaux, principalement ruraux, à développer de nouvelles actions.
- Une volonté de diversification des positionnements afin de faire reconnaître la transversalité de leur public.
- La construction de partenariats amène à l'adoption de différentes postures stratégiques en fonction des interlocuteurs et des échelles de formulation.

Cela conduit à l'application d'une étiquette « bien-vieillir » sur un ensemble d'actions diverses, recouvrant des pratiques très différentes d'un Centre Social à l'autre, avec l'objectif fédéral d'obtenir une meilleure visibilité sur ce public. Mais cela induit le développement de discours fédéraux abstraits qui rendent difficilement lisible cette action. La mise en avant de principes généraux d'une action bien-vieillir, sans en préciser le sens, conduit à des formulations différentes suivant les acteurs du réseau, les échelles de formulation, etc. Les Centres Sociaux contribuent à entretenir la lecture difficile de leurs actions pour des personnes extérieures. Même si les actions des Centres Sociaux recouvrent des réalités semblables (voir tableau 22), la dissonance et l'abstraction des discours appauvrissent leur poids relatif et leur visibilité comme acteur à part entière du vieillissement (voir partie III chapitre 8 -1.3). La visibilité et la lisibilité

de l'action des Centres Sociaux sont par ailleurs un enjeu d'importance dans la légitimité qu'ils cherchent à obtenir et les partenariats financiers qu'ils souhaitent développer.

Pour comprendre le sens du bien-vieillir dans les Centres Sociaux, il faut prendre en compte les fédérations, les professionnels et les adhérents de plus de 60 ans. Cela permet, en particulier, de soulever un point de crispation dans l'approche du bien-vieillir par les professionnels des Centres Sociaux : le poids de la santé. Notons que ce point de tension traduit un rapport particulier à leur histoire. L'origine de l'action après d'un public de plus de 60 ans dans les Centres Sociaux est sanitaire. Aujourd'hui, la défense du modèle des Centres Sociaux et de leurs spécificités passe par le rejet de cette approche quand on parle du vieillissement. De la même manière que les militants des années 80-90 portaient un regard critique sur le manque d'endogénéité dans les premières structures (voir partie I chapitre 1 – 1.1.1.c.), les professionnels approchant le vieillissement aujourd'hui rejettent ce qui est le fondement du développement de cette question.

La comparaison entre les discours fédéraux, les définitions et les pratiques professionnelles et la définition des habitants font apparaître un décalage important entre les positions de ces différents acteurs et une posture ambiguë vis-à-vis du bien-vieillir. Pour la fédération des Centres Sociaux, il y a d'un côté une nécessité stratégique de recours au terme et de l'autre une volonté de ne pas l'afficher clairement. Et ce, tout en proposant des actions qui, elles, sont désignées comme participant au bien-vieillir par les personnes concernées.

Selon les professionnels bien-vieillir dans ou avec un Centre Social correspond à la pratique d'activités conviviales permettant la création de lien social ce qui conduit à un certain bien-être. Cela se caractérise par une dimension de projet et d'utilité rendue possible par l'engagement bénévole. On retrouve l'importance du lien social et de l'activité dans les apports identifiés par les adhérents ainsi que le bien-être/épanouissement (convivialité, apprentissage, bonne humeur). Par contre la dimension de la santé est finalement peu évoquée. L'inscription au sein d'un Centre Social, si elle participe au bien-vieillir, ne permet pas, à elle seule, le bien-vieillir d'une personne. En effet, les différentes définitions du bien-vieillir, que ce soit celle dans les Centres Sociaux ou en dehors du réseau ne se limitent pas aux dimensions de bien-être ou de lien social. Comme l'expose la définition de l'OMS, il s'agit de prendre en compte l'évolution de son mode de vie et de son rapport à la société sur tous les domaines de son existence : culture, transports, logement, liens familiaux, liens amicaux, citoyenneté, etc. La question est de savoir en quoi la participation aux activités des Centres Sociaux, qui est présentée comme le principal apport des Centres Sociaux au bien-vieillir, vient impacter globalement la vie des personnes (voir partie II chapitre 6).

Chapitre 6 : La participation sociale : une clé pour bien-vieillir ?

Introduction

Comme le soulignent Émilie Raymond et al. (2009), la vieillesse et la participation sociale ont longtemps été considérées séparément. Aujourd'hui la participation sociale des aînés est mise sur le devant de la scène pour ses effets supposés sur le bien-vieillir, le vieillissement « en santé ».

Plusieurs facteurs expliquent ce basculement comme, entre autres, l'évolution des théories sociologiques sur le vieillissement. La participation sociale passe d'une impossibilité dans le cadre de la théorie du désengagement à sa promotion dans celui du vieillissement réussi (voir partie I chapitre 2 - 1.). La retraite comme une « mort sociale » (Guillemard 1972) laissait peu d'espace à la participation sociale des aînés, mais en revenant sur ses travaux, Anne-Marie Guillemard (2002) souligne que « *la retraite-retrait, forme extrême d'exclusion sociale qui frappait largement le monde des retraités [...] est en net recul, même s'il concerne toujours certaines catégories de personnes très âgées des classes populaires* » (p.59). L'auteure constate qu'avec l'évolution de la qualité de vie, des ressources et du contexte des politiques de l'emploi des seniors :

« *Ce que nous avons posé théoriquement en 1972 comme retraite participation ou retraite-revendication et qui résultait selon nous de décalages entre biens et potentialités nous semble avoir émergé aujourd'hui sous la forme de la retraite solidaire, orientée vers la participation associative volontaire. Toutes les études s'accordent aujourd'hui à signaler la montée de la participation associative des retraités (Guillemard, 1991 ; Chokrane et Hatchuel, 1999)* » (p.62).

La considération de la vieillesse comme un temps propice au développement de nouveaux intérêts et de nouveaux projets permet de renouveler le regard sur les activités des personnes âgées.

Dans le même temps, de nombreuses études ont permis de mettre en avant un lien entre participation sociale des aînés et des effets en santé : baisse de la mortalité (Maier et Klumb 2005 ; Young et Glasgow 1998), de la consommation de médicaments (Bath et Gardiner 2005), des déclinis cognitifs (Zunzunegui et al. 2003) et fonctionnels (Avlund, Lund, Holstein, Due et al. 2004) ainsi qu'une augmentation du bien-être (Greenfield et Marks 2004 ; Morrow-Howell et al. 2003 ; Wahrendorf, von dem Knesebeck et Siegrist 2006) et de l'état de santé perçu (Van Willigen 2000).

Dans les Centres Sociaux, la question de la participation des personnes de plus de 60 ans se formule à partir des années 80. Si la participation des usagers fait partie de l'action des Centres Sociaux depuis ses origines, la dimension de participation habitante intervient en réaction à l'institutionnalisation de l'agrément (voir partie I chapitre 1 - 1.2.3). La participation aux activités du Centre Social est identifiée comme le principal apport en matière de bien-vieillir que ce soit par les personnes de plus de 60 ans ou

les professionnels (voir partie II chapitre 5 – 2.3.2). Néanmoins, la forme de cette participation est différente. Là où les professionnels tendent à mettre en avant l'engagement bénévole, les adhérents soulignent l'intérêt de pratiquer une activité conviviale. Cela illustre à la fois la diversité des formes de participation que l'on retrouve dans les Centres Sociaux et les valorisations de chacune.

Définir la participation sociale des aînés

Comment doit-on comprendre la participation sociale des aînés ? Est-ce que la simple association des personnes âgées aux décisions les concernant suffit à produire la participation ? Est-ce que cette participation sociale ne se caractérise que sous cette modalité ? Comment est-ce que cela se traduit dans les Centres Sociaux ?

Comme c'est le cas pour le bien-vieillir, la participation sociale présente de nombreuses définitions qui varient en fonction des objectifs (promouvoir le bénévolat, les interactions sociales, le développement de liens sociaux, etc.). Afin d'éviter de donner une définition qui pourrait être restrictive, Émilie Raymond et al (op.cit) proposent d'identifier 4 grandes définitions de la participation sociale des aînés (p.VIII) :

- **Fonctionnement dans la vie quotidienne** : participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.).
- **Interactions sociales** : participer socialement se réalise dans des situations d'interactions sociales, qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou d'activités hors du domicile.
- **Réseau social** : participer socialement suppose de faire partie d'un réseau d'interrelations présentant un minimum de stabilité et de réciprocité, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage.
- **Associativité structurée** : participer socialement signifie prendre part à une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites, comme faire du bénévolat dans un organisme communautaire, participer aux activités d'un centre de jour ou s'impliquer dans un groupe de défense des droits des aînés.

L'exemple des Centres Sociaux montre qu'en plus d'avoir une définition multiple, la participation sociale des aînés se décline sous plusieurs modes. L'engagement bénévole est le mode de participation sociale des aînés le plus mis en avant par les Centres Sociaux. Une des hypothèses de départ du projet I-CARE est d'ailleurs que « *Les Centres Sociaux de par leurs modes de gouvernances jouent un rôle important dans la participation sociale des aînés* » (I-CARE 2016). Ce serait en tant que lieu d'engagement, d'associativité structurée, que les Centres Sociaux s'inscriraient principalement dans la participation sociale des aînés.

Cette dimension de la participation sociale des aînés par l'engagement bénévole n'est cependant pas la seule présente dans les Centres Sociaux. À la question « *Dans votre pratique professionnelle, quelle est*

la place accordée à la participation des plus de 60 ans »¹³⁶, les professionnels citent différentes formes de participation sociale. La participation par l'« activité » est la forme la plus citée. Les trois thématiques citées ensuite sont « bénévolat », « Gouvernance » et « consultative » (voir tableau 33). La participation par l'activité tient à une forme de participation entre « interaction sociale » et « réseau social » qu'identifient Émilie Raymond et al (op.cit). Les trois autres formes de participation identifiées tiennent de l'« associativité structurée », mais traduisent des nuances qu'il convient de prendre en compte pour porter un regard dans les Centres Sociaux.

Tableau 33 : Dans votre pratique professionnelle, quelle est la place accordée à la participation des plus de 60 ans? ¹³⁷

Thématique	Contenu de la thématique	Nb. de citations	Fréquence
Activité	Participation par l'implication dans les activités	18	31,6 %
Importante	La place de la participation des 60 ans est plus importante que celle des autres usagers	14	24,6 %
Bénévolat	la participation s'exprime au travers du bénévolat	13	22,8 %
Gouvernance	Implication des 60 ans et plus dans les instances de gouvernance	10	17,5 %
Égale	La place de la participation des 60 ans et plus est la même que pour les autres usagers	10	17,5 %
Consultative	Implication dans des groupes de consultation, atelier thématique de réflexions, programmation des activités et des projets spécifiques aux personnes âgées	9	15,8 %
Inter génération	Implication via les actions intergénérationnelles	9	15,8 %
Non-réponse		4	7,0 %
Ne sais pas		2	3,5 %
Faible	La place de la participation des 60 ans et plus est moins importante que les autres usagers	1	1,8 %
Non		1	1,8 %
Total des observations		57	

Réalisation : Juliette Michel 2019

La participation sociale des aînées dans les Centres Sociaux

Nos observations des activités (voir partie I chapitre 4 – 2.1.2) montrent que la participation sociale des aînés dans les Centres Sociaux dépasse la simple dimension d'associativité structurée et varie suivant les types d'activités. Les différents usages du Centre Social supposent différentes formes de participation sociale. La participation sociale du bénévole peut également être une participation par l'activité, suivant les formes de bénévolats que l'on prend en compte.

¹³⁶ auto-questionnaire JPAG — 53 répondants – question ouverte recodée en choix multiple

Pour présenter les modes de participation sociale des aînées dans les Centres Sociaux, leurs apports et leurs limites en matière de bien-vieillir des personnes, nous nous basons sur une grille de lecture selon trois grandes catégories. Celles-ci reposent sur les 5 niveaux de participation sociale identifiés par Émilie Raymond et al. (2018, p.21) allant de l'interaction dans un contexte individuel à l'engagement militant :

- **Interaction sociale en contexte individuel** : l'objectif est de créer du lien avec des personnes en situation d'isolement. Les interventions consistent à la mise en relation entre une personne isolée et un intervenant extérieur (professionnel ou bénévole)
- **Interaction sociale en contexte de groupe** : les participants à l'action collective ne partagent pas de projets communs. L'objectif est de transmettre des gestes ou des habitudes permettant le bien-vieillir et ce dans un contexte de groupe.
- **Activité et démarche collective** : Le projet ou l'activité sont générés par les personnes âgées, ou elles y sont associées. Le projet en question n'est pas de nature civique, militante ou dans l'objectif d'être utile, d'aider.
- **Bénévolat et aide informelle** : Soutiens les désirs des aînées de faire du bénévolat dans une perspective d'aide, de mentorat ou d'accompagnement.
- **Engagement citoyen et militance** : Renforcement de la citoyenneté et du rôle politique des aînés dans une optique de changement social

Ces niveaux de participation (qui restent une grille de lecture mobilisée dans notre propos) permettent d'identifier trois grands types de participation sociale dans les Centres Sociaux :

- **L'interaction sociale** : elle correspond aux interactions sociales en contexte individuel et collectif. C'est une forme de participation où l'individu est passif, il ne contribue pas à l'organisation ou la gouvernance de son activité. Il est plus consommateur qu'acteur de son activité. On retrouve des activités allant du service à domicile à l'activité sportive.
- **L'activité collective** : elle correspond aux activités et démarches collectives. Ce type de participation sociale illustre la philosophie des Centres Sociaux de « faire avec » les participants aux activités. Dans ce type d'activité, on attend de l'individu une contribution à son déroulement que ce soit dans les échanges ou dans l'organisation du temps collectif. Il s'agit d'activités sociales, manuelles ou techniques.
- **Le bénévolat et l'engagement** : elle correspond au bénévolat comme aide informelle et à l'engagement citoyen. Dans ces cas-là, la participation de l'individu dépasse le cadre de la simple pratique de l'activité. Il est soit proposant de la pratique (bénévolat d'activité) soit impliqué plus largement dans le Centre Social (bénévolat de gouvernance).

À partir de ces trois entrées, nous allons caractériser ces types de participation et leurs traductions dans les Centres Sociaux afin d'en déterminer les apports ou limites en matière de santé et de bien-vieillir. Nous nous pencherons sur ce que produit cette différente participation allant de la consommation d'activité (**II.6.1.**) à l'engagement bénévole (**II.6.3.**) en passant par la pratique d'activité collective

(II.6.2.). Pour cela nous nous appuyons sur les auto-questionnaires SBE et l'enquête usagers ainsi que sur les entretiens réalisés avec les professionnels des Centres Sociaux et les observations des activités.

1. Les interactions sociales : les apports de la consommation d'activité

Introduction

Les interactions sociales dans les Centres Sociaux, que ce soit dans un contexte individuel ou collectif, sont un mode de participation discret, peu mis en valeur dans les discours et les manières de penser les actions. L'« oubli » de l'interaction sociale traduit un rapport particulier à la consommation de l'activité et à la dimension d'usage du Centre Social, ce qui la rend moins lisible que l'activité collective (II.6.1.1).

Pourtant les effets de cette forme de participation sociale sont importants, notamment dans ce qu'ils permettent de conserver un fonctionnement quotidien, que ce soit par une facilitation du recours aux soins, le maintien de paysages thérapeutiques ou la création de liens sociaux (II.6.1.2). Cette forme de participation, au travers de la pratique d'activité sportive, tient aussi d'une démarche de prévention (II.6.1.3).

1.1. Un mode de participation sociale discret, mais présent

1.1.1. L'« usager » : l'oublié de la participation sociale

L'interaction sociale est le mode de participation le moins mis en avant par les Centres Sociaux. Leur cœur de métier autour de l'animation collective et leur mode de gouvernance les portent davantage sur des participations par des démarches collectives et l'engagement bénévole. On voit se développer un discours tendant à valoriser ces modes de participation au détriment de la simple interaction sociale. Celle-ci, où l'individu est passif, est vue comme incompatible avec les principes des Centres Sociaux prônant la participation active. Cette distinction entre individu passif et actif se retrouve d'ailleurs dans les discussions du réseau autour de la terminologie à employer.

Le double rôle de l'individu, à la fois consommateur d'une activité et moteur de son développement, interroge sur le terme « usager ». Il est majoritairement rejeté, le Centre Social ne se comprenant pas, au sein du réseau, comme un lieu de propositions faites à un public, mais un lieu où le public va faire des propositions. Cette compréhension va donc expliquer un rejet de l'« usager », compris comme passif et la préférence est donnée au terme d'« habitant ». En se basant sur les réflexions du réseau sur l'utilisation de ces deux termes, on peut proposer la compréhension suivante. Les usagers seraient des « consommateurs » du Centre Social et de ses services, donc passifs et les habitants seraient ceux qui s'impliquent, des « participants » à la vie du Centre Social en y étant « *force de proposition* » (Fédération des Centres Sociaux de Loire-Atlantique 2017).

L'implication de l'usager et du participant ne sont pas pensées de la même manière, sont proposées selon des modalités différentes et ne produisent pas les mêmes retombées en matière de bien-vieillir. Les Centres Sociaux préfèrent mettre en avant les participants plutôt que les consommateurs. *« L'intérêt du Centre Social c'est que les personnes ne sont pas simplement consommatrices d'activité. Non. Elles construisent, elles ont leurs mots à dire. »* (Directeur d'un Centre Social - échange informel)¹³⁸. Les observations menées¹³⁹ dans les Centres Sociaux permettent de constater qu'il existe bel et bien des formes de participation relevant de l'interaction sociale, que ce soit dans un contexte individuel ou dans un contexte collectif. Dans la cadre de l'interaction sociale, que ce soit dans un contexte collectif ou un contexte individuel, on s'intéresse à des personnes de plus de 60 ans qui reçoivent une action.

1.1.2. Identifier les types d'interaction selon les activités

L'interaction sociale en contexte individuel s'identifie facilement. Il s'agit d'activités de services comme le transport solidaire, l'accompagnement aux démarches administratives ou encore le portage de livres à domicile. Ces activités se caractérisent par la mise en relation d'une personne et d'un professionnel ou d'un bénévole, généralement âgé de plus de 60 ans également, dont la participation entrera dans le cadre du bénévolat et de l'aide informelle (voir II.6.3.). C'est cette dernière participation qui sera rendue lisible par le discours des Centres Sociaux. Prenons l'exemple du transport solidaire. Dans ce type d'initiative, le rôle du Centre Social est de mettre en relation une personne sollicitant le service et un chauffeur bénévole. Nous sommes donc bien en présence d'une interaction sociale en contexte individuel du côté de la personne en demande et dans celui du bénévolat du côté du chauffeur. Pourtant, dans la présentation de cette action, la participation sociale n'est envisagée que sous l'angle du bénévolat.

1.1.2.a. L'interaction en contexte collectif : une question de genèse de l'activité

Pour l'interaction sociale en contexte collectif, il convient de faire la distinction entre les activités au sein desquelles la participation correspond à une « Activité et démarche collective » et celle qui relève des « interactions sociales ». À la différence de l'interaction sociale en contexte individuel, cette distinction ne tient pas à la nature de cette action, mais à sa genèse.

La différence entre les deux catégories est la place que l'on donne aux aînés dans le développement de l'activité. Une activité développée de manière « hors-sol » relevant uniquement de la proposition de professionnels et n'associant pas les personnes à sa mise en place donnera une participation relevant de l'interaction sociale. À l'inverse, une activité émanant des personnes et les associant à l'animation générera une participation relevant de démarches collectives.

¹³⁸ Phase d'immersion préalable

¹³⁹ Voir chapitre 4 - 2.1.2

En théorie, les modes de proposition des Centres Sociaux ne devraient présenter que des participations relevant de démarches collectives puisque reposant sur l'expression ou l'identification de besoins de la population par la formulation d'une parole habitante. Pourtant ce n'est pas toujours le cas. La rédaction du projet social présente de nombreux « angles morts » notamment en ce qui concerne les actions envers les plus de 60 ans (voir partie II chapitre 5 – 1.3.2) ou la consultation habitante (voir partie III chapitre 7 – 1.3.2.), ce qui complique la mise en place d'action répondant à des besoins exprimés ou identifiés par cette population. De plus, les opportunités de financement et de partenariat jouent un rôle important dans la composition de l'offre des Centres Sociaux d'activité pour les plus de 60 ans.

Prenons le cas des ateliers mémoires. Suivant le Centre Social, la participation dans cette activité relève de types différents. Dans un centre la mise en place de l'atelier mémoire correspond à une opportunité partenariale :

« Pour l'atelier mémoire, on l'envisageait, mais on ne savait pas trop comment faire... et on a été contacté par [cette association] qui propose des ateliers sur lesquelles on pouvait demander un financement par la Conférence des financeurs » (Directeur d'un Centre Social - échange informel)¹⁴⁰.

Dans ce cas, l'animation de l'atelier est assurée par un professionnel de l'association partenaire. On se retrouve alors dans le cadre de l'interaction sociale dans un contexte collectif. Dans un autre Centre Social, l'atelier mémoire s'est monté à l'initiative d'une personne de plus de 60 ans ayant suivi une formation relevant de « PEPS eurêka »¹⁴¹ de la MSA dans le cadre d'un engagement bénévole dans une autre structure. *« Du coup, puisque [cette personne] avait fait la formation, elle avait tout noté... elle a expliqué aux autres dans les grandes lignes et à partir de ça elles ont fait leurs trucs. »* (Coordinateur d'un Centre Social – échange informel)¹⁴². Dans cet atelier, l'animation se fait en binôme de participants suivant un roulement. L'objectif est commun et les participants ont défini ensemble les modes d'animation qui leur convenaient en fonction de leur projet. Dans ce cadre-là, la participation à un atelier mémoire relève d'une démarche collective.

1.1.2.b. La question de l'activité sportive

Reste le cas particulier des activités sportives. Une première distinction peut se faire au niveau de l'animation. La plupart des activités sportives proposées dans les Centres Sociaux sont animées par des professionnels de l'animation sportive. Dans quelques cas, principalement les activités de randonnées, elles sont animées par des bénévoles. Dans ce cas, on pourrait inclure ces activités dans des démarches collectives. Pourtant, quels que soient les modes d'animation ou l'origine de ces actions (interne ou

¹⁴⁰ Phase d'immersion préalable

¹⁴¹ Programme composé de 10 séances d'environ 2 h 30. *« Grâce à la méthode Peps Eurêka, vous comprendrez qu'une multitude de facteurs tels que la pratique d'une activité physique régulière, une gymnastique intellectuelle et une bonne hygiène de vie, contribuent à entretenir votre mémoire »* (Pour Bien-vieillir s. d.). Ces séances sont animées par des personnes formées à la méthode. Il rassemble un groupe de 8 à 15 personnes.

¹⁴² Phase d'immersion préalable

externe au Centre Social), nous les considérerons comme relevant de l'interaction sociale en contexte collectif. Comme le montre Shani Galand (2019) la proposition d'activité sportive à destination des plus de 60 ans dans les Centres Sociaux relève d'une forme d'éducation au bien-vieillir. Il s'agit d'encourager les comportements et les habitudes permettant de maintenir un bon niveau d'autonomie. Par cet objectif « *de transmettre des gestes ou des habitudes permettant le bien-vieillir* » (Raymond et al. 2018, voir II.6.introduction) les activités sportives rentrent donc dans l'interaction sociale dans un contexte collectif.

Malgré une très faible mise en avant de ces types de participation sociale par les Centres Sociaux, elles y sont finalement très présentes. En se penchant sur les types d'activités dans lesquelles s'inscrivent les adhérents des Centres Sociaux où nous avons enquêté, que ce soit par l'auto-questionnaire SBE ou l'enquête usagers (voir tableau 34), plus d'un quart des personnes ont une forme de participation tenant de l'interaction sociale, en ne considérant que les activités sportives, le transport et l'accompagnement (les activités de prévention pouvant, on l'a vu avec l'exemple des ateliers mémoire, présenter une autre forme de participation).

Tableau 34 : Répartition des activités des personnes interrogées

	Nouveaux adhérents ¹⁴³	Usagers ¹⁴⁴	% total
Activités sociales	31	20	21 %
Activités sportives	27	9	15 %
Activités cérébrales	10	5	6 %
Activités de prévention	8	12	6 %
Activités techniques	35	7	17 %
Activités manuelles	15	59	30 %
Vie associative, bénévolats	9	14	9 %
Transport	19	2	9 %
Aide accompagnement	4	0	2 %
Non-réponse	24	5	12 %
Nombre de répondants	150	93	

Réalisation : Juliette Michel 2019

1.2. Fonctionner au quotidien

Le maintien de certaines fonctions au quotidien est l'un des effets notables de ce type de participation sociale. L'un des objectifs de l'auto-questionnaire SBE (voir partie I chapitre 4 – 1.2.1) était d'évaluer l'influence de la fréquentation du Centre Social (pendant un an) sur certains aspects de l'autonomie quotidienne. Pour cela, on interrogeait les difficultés à réaliser certaines tâches (s'habiller, se laver, suivre une ordonnance, etc.) ou activités (travaux domestiques, loisirs, jardiner, etc.) quotidiennes. Le traitement de l'auto-questionnaire s'est finalement avéré pauvre en éléments concernant cette question. Par contre, les observations et entretiens menés dans les centres et auprès de leurs usagers ont permis de mettre en avant l'apport de cette forme de participation.

¹⁴³ Auto questionnaire santé bien être, première année. 150 répondants, réponses multiples

¹⁴⁴ Enquête usager. 93 répondants. Réponses multiple

1.2.1. Le recours aux soins

Parmi les fonctions quotidiennes que le Centre Social permet de maintenir, on trouve le recours aux soins. C'est notamment le cas des activités de transport solidaire. Ces activités sont proposées, dans le cadre de notre échantillon, exclusivement dans des zones rurales. Dans ces territoires, l'accès aux soins est fortement dépendant de la capacité des personnes à se déplacer vers les lieux de soins, particulièrement quand il s'agit d'aller voir un spécialiste. La proposition d'un service de transport solidaire permet de faciliter cet accès aux soins. En 2017, 60 % des 436 trajets effectués par le transport solidaire du Centre Social du Candéen étaient liés à des visites médicales. Cette importance des trajets « médicaux » est à mettre en lien avec le fait que les 5 communes du territoire de ce Centre Social soient classées comme zones fragiles pour la répartition des professionnels de santé. De plus, ce territoire propose peu de services de transport en commun pouvant lier les communes entre elles ou vers une ville plus importante. Il n'y a pas de train et les horaires du service de bus du département sont calqués sur les besoins de desserte scolaire et sont donc inadaptés aux plus de 60 ans.

Le transport solidaire se présente pour certains comme le seul moyen de transport abordable pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux, le prix de la course étant de 40 centimes du kilomètre. Cette facilité à l'accès aux soins par l'utilisation du transport solidaire s'illustre par ces propos d'une utilisatrice :

« Ce n'est pas que sans ça je n'irais pas chez le médecin, je tiens à rester en forme ! Mais quand même quand je prends un rendez-vous maintenant je me pose moins de questions sur si je peux y aller ou pas... Le taxi c'est beaucoup trop cher [...] sinon faut que j'attende que ma fille ou mon gendre puisse m'emmener [...] avec leurs horaires ça veut dire n'y aller que le samedi et allez prendre un rendez-vous chez le cardiologue un samedi ! »¹⁴⁵

Cette personne est veuve depuis une dizaine d'années et « c'est mon mari qui me conduisait partout, j'n'avais pas besoin ».

1.2.2. Adapter la pratique pour ne pas l'abandonner

1.2.2.a. Ne pas renoncer à des pratiques

Ce type de participation sociale permet de maintenir d'autres activités, comme faire les courses. Toujours sur le transport solidaire du Candéen, 34 % des trajets sont pour aller faire des courses. Dans un autre centre, l'action de transport solidaire consiste à prendre à leur domicile des personnes âgées tous les mardis afin de les conduire au supermarché.

La participation à ces activités permet de maintenir une certaine autonomie et une maîtrise de son quotidien. Comme l'illustrent ces propos entendus lors d'une discussion entre utilisatrices du transport

¹⁴⁵ Echange informel avec une utilisatrice du transport solidaire lors de la seconde phase du terrain

collectif vers le supermarché, le fait de faire à manger, surtout pour des personnes ayant toujours eu l'habitude de cuisiner, revêt une importance particulière.

« Si je ne fais pas les courses, je mange quoi ? Je me fais livrer des repas à domicile ? Des trucs où tu ne sais pas ce qu'il y a dedans ? [...] Une fois que tu choisis plus ce que tu manges, c'est le début de la fin ! »¹⁴⁶

« J'ai toujours fait à manger, pour moi, pour mes enfants, pour mes petits-enfants [...] Ils disent que quand on est vieux on ne peut plus tout faire, alors je ne conduis plus, j'ai pris une maison de plain-pied... mais arrêter de cuisiner ce ne serait pas possible »¹⁴⁷.

On retrouve cet apport avec d'autres activités permettant l'interaction sociale dans un contexte individuel. C'est le cas pour l'activité « jardin'âge », qui consiste à mettre en lien des personnes souhaitant jardiner avec des personnes âgées ayant un jardin qu'elles ne peuvent plus entretenir. Il s'agit donc de personnes de plus de 60 ans ayant pu entretenir leur jardin, mais ne le pouvant plus que ce soit à cause de difficulté physique ou la perte du conjoint qui s'occupait du jardin, ne souhaitant pas pour autant le laisser à l'abandon. Le Centre Social offre alors un moyen de continuer à profiter de son jardin, de ses légumes d'une manière différente. Au travers de cette activité, le Centre Social offre la possibilité à la personne de s'adapter à la perte d'une capacité à faire l'entretien de leurs jardins sans pour autant renoncer à profiter de celui-ci.

1.2.2.b. Le jardin : maintien d'un paysage thérapeutique

Cette question du jardin est d'autant plus intéressante qu'elle fait échos à tout un corpus de recherche en géographie de la santé sur la contribution des jardins à la structuration de paysages thérapeutiques.

La notion de paysage thérapeutique trouve son origine dans les travaux Wilbert Gesler (1992, 1993). L'auteur suggère que certains environnements favorisent le bien-être mental et physique et que ces paysages ne sont pas nécessairement « naturels » mais peuvent être créés. Au travers de la notion de paysage thérapeutique, les paysages sont des éléments nourrissant une identité personnelle, ils sont le support de réseaux sociaux, et fournissent des cadres pour les activités thérapeutiques (Milligan, Gatrell et Bingley 2004). Le concept de paysage thérapeutique s'intègre donc à un modèle holistique de la santé qui met l'accent sur ces interactions entre les aspects physiques, mentaux, émotionnels, spirituels, sociaux et environnementaux (Williams 1998).

Des études sur le bien-être des personnes de plus 60 ans mentionnent l'importance du contact avec la « nature » dans la promotion de la santé. Comme le soulignent Jessica Finlay et al. (2015) :

¹⁴⁶ Echange informel – phase d'immersion préalable

¹⁴⁷ Echange informel – seconde phase du terrain

« [Si la] nature fait souvent référence aux forêts et aux lacs vierges dans la nature sauvage ; elle fait aussi référence aux plantes en pot, aux arbres le long d'une rue, à une fontaine dans la cour et à d'autres caractéristiques d'apparence naturelle. »¹⁴⁸ (p.98)

On peut donc considérer comme espace « naturel » un large éventail de configurations allant des grands espaces à la culture de plantes en pot et dans le cas qui nous intéresse ici, aux jardins. Dans le même article, les auteurs proposent un tableau de synthèse de leurs résultats quant à l'apport des espaces naturels sur le bien-être des personnes âgées (*older adults* – voir tableau 35).

Tableau 35 : Résumé des effets des espaces verts et d'eau sur le bien-être physique, mental et social des personnes âgées

Bien-être physique	Activité physique motivée par une visée pratique et de loisir Sentiment d'une santé physique améliorée Choix de destinations combinant des espaces verts et des espaces d'eau
Bien-être mental	Sentiment d'une santé psychologique améliorée Sensation de renouveau, de restauration et de rajeunissement Les espaces d'eau en particulier sont des lieux relaxants, réduisant le stress et permettant de s'évader Les espaces d'eau contribuent au sentiment d'une spiritualité connectée aux êtres chers
Bien-être social	Essentiel pour l'interaction sociale (planifiée avec la famille et les amis ou spontanée avec ses voisins) Expérience collective plaisante de la nature (inclusion sociale, communauté) Appréciation multi générationnelle notamment dans les espaces verts (parcs publics, terrains etc.)

Source : Finlay et al. 2015 p.99, réalisation Juliette Michel 2019

L'étude de Christine Milligan, Anthony Gatrell et Amanda Bingley (2004) sur les paysages thérapeutiques des personnes âgées se concentre sur la question des jardins domestiques et partagés. Les effets positifs de la pratique de ces espaces sont similaires à ceux identifiés dans par Jessica Finlay et al (op.cit) : « ces lieux quotidiens comme les jardins domestiques ou communautaires peuvent faciliter le maintien de la santé et du bien-être mental des personnes âgées »¹⁴⁹ (p.1783). Néanmoins les auteurs soulignent que la limitation des capacités des personnes à prendre soin de leurs jardins avec l'avancée en âge peut avoir des effets négatifs sur leurs bien-être en créant un sentiment de frustration, voire de dépression en assistant à la dégradation de leurs jardins (ibid. p.1787).

Pour les auteurs, le recours à des jardins communautaires est vu comme une alternative possible à cette perte de capacité :

¹⁴⁸ Notre traduction - "Nature often refers to untouched forests and lakes in the wilderness; it also refers to potted plants, trees along a street, a courtyard fountain, and other natural-appearing features".

¹⁴⁹ Notre traduction - "everyday places such as domestic gardens and allotments can facilitate the maintenance of health and mental well being amongst older people"

« Pour ces personnes âgées dont le jardin est devenu un problème de plus en plus important à gérer, le jardinage communautaire peut fournir une solution pour continuer l'expérience mentale, physique et sociale des jardins et du jardinage »¹⁵⁰ (ibid. p.1787).

C'est le même type d'apport que l'on retrouve avec l'activité Jardin'âge. En proposant un « substitut » au jardinier âgé, le jardinier bénévole permet de poursuivre l'entretien du jardin, permettant ainsi à la personne âgée de continuer à profiter d'un paysage thérapeutique et de prévenir les effets négatifs que peut avoir un jardin en friche sur le moral. De plus, cela contribue au maintien au domicile plus longtemps des personnes : l'un des effets de l'incapacité à entretenir son jardin identifié par Christine Milligan et ses collaborateurs (op.cit) étant la nécessité de déménager dans une résidence ou dans un appartement sans jardin à entretenir.

1.2.3. Créer du capital social

1.2.3.a. Développer des liens d'amitié

Ces activités sont l'occasion de créer du lien social. Dans le cas du transport solidaire, la régularité des trajets permet de développer une relation entre le conducteur et le passager.

« Au final on conduit un peu toujours les mêmes personnes [...] parce que ça correspond aussi à nos habitudes ! Moi par exemple j'ai en gros 5 passagers et ben parmi elles il y en a 2 qui habitent dans ma rue ! [...] on discute dans la voiture... ce n'est pas un taxi, je ne suis pas juste là pour les conduire d'un point A à un point B. En plus on attend avec elles chez le médecin, ou quand j'en emmène une au cimetière [...] on parle c'est normal, elles se confient aussi des fois [...] on ne va pas devenir ami tout de suite, mais à force on devient proche [...] Ça m'arrive de passer les voir comme ça, en dehors du transport solidaire ». (entretien n° XXII)

Il est aussi notable que les participants aux activités « transport » et « aide et d'accompagnement » sont parmi ceux qui déclarent l'une des augmentations les plus importantes de leur nombre d'amis au sein du Centre Social après un an de présence dans la structure (voir tableau 36). À l'inverse, ils font aussi partie de ceux qui déclarent le moins de connaissances après un an dans la structure. Le fait que les activités de consommation génèrent autant de relations amicales réinterroge les *a priori* sur les modes de participation sociale et leurs effets sur la production de lien social. On supposait qu'une implication plus forte dans la structure, une participation sociale plus proactive aurait conduit à la production de liens sociaux tenant plus de l'amitié que de la connaissance. Or les résultats présentés dans le tableau montrent qu'une activité de service produit plus de liens d'amitié qu'une activité de participation à la vie associative.

¹⁵⁰ Notre traduction – *“For those older people whose garden has become an increasing problem to manage, communal gardening may provide one solution to maintaining the mental, physical and social experience of gardens and gardening activity”*

Tableau 36 : Évolution du nombre moyen d'amis et de connaissances par type d'activité¹⁵¹

	Connaissances	Amis
Activité sociale	1,64	1,9
Activité sportive	7,21	1,51
Activité cérébrale	4,14	2,85
Activité de prévention	-	-
Activité technique	7,78	1,7
Activité manuelle	13,63	3,53
Vie associative	15,03	5,16
Aide accompagnement	6	2,25
Transport	3	8,43
Non-réponse	7,11	4,20

Réalisation : Juliette Michel 2019

Afin de compléter ce constat, il faut prendre en compte le public de ces activités. Que ce soit pour le transport solidaire, le « jardin-âge », ou les portages de livre à domicile, les bénéficiaires de ces actions sont sensiblement plus âgés que le public des Centres Sociaux de manière générale. À titre d'illustration, parmi les répondants à l'auto-questionnaire SBE, les usagers de l'activité transport présentent une moyenne d'âge plus élevée. La moyenne d'âge de répondants est de 70 ans, quand la moyenne d'âge des participants à l'activité transport est de 83 ans. Cet écart d'âge pourrait être un facteur d'explication. Comme le souligne cette adhérente au Centre Social lors de la passation de l'enquête usager :

« Amis ou connaissances ? [...] ce n'est pas juste en fonction des relations, mais aussi en fonction du moment ! Tu vois là à 70 ans passés, il y a des gens que j'aurais considérés comme des connaissances il y a 5 ans et ben aujourd'hui je dirais que c'est des amis... pas que notre relation a changé... mais quand tu passes ta journée à enterrer des "amis", tu donnes plus de valeur à ceux qui restent... se faire des amis à 60 ou à 80 ans, c'est pas du tout la même chose »¹⁵².

Un autre élément d'explication est la nature de la relation entretenue entre les personnes recevant l'action et la personne la proposant. Dans le cas du transport solidaire, le chauffeur ne tient pas simplement le rôle de fournisseur de service. Il est à la fois accompagnant et confident, ce qui suppose une relation de confiance et une intimité que l'on ne retrouverait pas dans une simple relation de connaissance. De la même manière, la relation entre le jardinier et le propriétaire de la parcelle suppose de laisser entrer une personne inconnue chez soi. Il s'agit d'une relation de confiance très différente d'un contact avec des personnes dans un lieu extérieur, comme c'est le cas de la plupart des activités des Centres Sociaux.

De plus, la relation avec le conducteur ou avec le jardinier est une relation personnelle. Il ne s'agit pas d'un contact avec un professionnel venu apporter une assistance (comme c'est le cas dans le portage de

¹⁵¹ Comparaison entre les deux vagues de l'auto-questionnaire SBE - 103 répondants

¹⁵² Echange au moment de la passation de l'enquête usagers - seconde phase du terrain

livres où le lien avec la personne visitée et la personne qui visite ne tient pas de l'amitié), mais d'un bénévole rendant un service. Cette absence de barrière « professionnelle » contribue à construire des liens sociaux différents, qui dépassent le stade de la « connaissance ».

1.2.3.b. Capital social et santé

Rapprochons ces conclusions des considérations sur le capital social. Notion apparue dès la fin du XIXe siècle, le « capital social » comme concept prend de l'ampleur à partir des années 1980 au travers des travaux de Pierre Bourdieu (1980), mais aussi avec ceux de James Coleman (1988) puis Robert Putman (2000).

Reprenant les travaux de James Coleman, Robert Putman entreprend de redéfinir les dimensions du capital social. Celles-ci sont aussi bien individuelles que collectives et font donc du capital social une considération dépendante des sphères publiques et privées (Méda 2002). Les règles de vie sociale s'appuient sur des relations entre les individus, ce qui produit du capital social. Ces relations fonctionnent sur des logiques d'obligations mutuelles qui produisent de la réciprocité. Celle-ci n'étant pas de l'ordre de l'échange immédiat, elle induit une relation de confiance dans le fait que la réciprocité aura bien lieu à un moment donné. Ainsi Robert Putman exprime qu'« *une société caractérisée par la réciprocité généralisée est plus efficiente qu'une société méfiante* » (Putnam 2000 cité dans Méda 2002).

Le capital social, dans ce contexte, est donc l'ensemble des relations de réciprocité développées par les individus dans leurs interactions qui renforcent les relations de confiance mutuelles (Cortéséro 2013). Robert Putman distingue plusieurs formes de liens sociaux qui produisent différentes formes de capital social : *bounding capital* qui unit et *bridging capital* qui relie et qu'il qualifiera de « lubrifiant de la vie sociale » (2000, p.21). En générant des relations amicales basées sur la confiance et la confiance, les activités des Centres Sociaux participent à la création de capital social.

De nombreuses études ont apporté des éléments à la formulation de la relation entre le capital social et la santé (Berkman, Lisa F. 1995 ; Berkman, Lisa F. et al. 2000 ; Helliwell et Putnam 2004) notamment chez les personnes âgées (Andrew 2005 ; Andrew, Mitnitski et Rockwood 2008 ; Masse et Swine 2015 ; Blazer 1982 ; Avlund, Lund, Holstein et Due 2004). Le capital social permettrait de faire baisser la mortalité chez les personnes âgées vivant à leur domicile (Seeman et al. 1987 ; Klinenberg 2015 ; Wilkins 2003) et de prévenir un déclin cognitif dû à l'isolement social (Thomas 2006 ; Belley et al. 2013 ; Touré et al. 2009). Un réseau social dense serait un facteur de réduction des risques de démence (Fratiglioni et al. 2000) et de déclenchement d'incapacité à accomplir des tâches quotidiennes (Mendes de Leon, Glass et Berkman 2003).

1.3. Entretien son corps, entretenir son réseau

Si les interactions sociales en contexte individuel permettent de continuer à « fonctionner au quotidien », les interactions sociales en contexte collectif ne répondent pas aux mêmes besoins et présentent d'autres

apports. Ce type de participation s'illustre principalement par la participation à des activités sportives. Si les activités de transport présentaient la classe d'âge la plus élevée parmi les répondants à l'auto-questionnaire SBE, les activités sportives présentent la moyenne d'âge la plus basse (voir tableau 37).

Tableau 37 : Moyennes d'âge par activité des nouveaux adhérents ¹⁵³

	Moyenne d'âge
Activité sociale	70,16
Activité sportive	66,48
Activité cérébrale	66,90
Activité prévention	67,88
Activité technique	68,31
Activité manuelle	67,07
Vie associative	69,33
Transport	82,79
Aide accompagnement	81,50
Non-réponse	69,63

Réalisation Juliette Michel 2019

Cette présence importante de jeunes retraités dans les activités sportives est significative des représentations sociales de la vieillesse. Avec le passage à la retraite, les personnes adoptent des comportements spécifiques. Comme le soulignent Raymonde Feillet et Charles Roncin (2013) « *chaque individu traite directement son rapport au corps vieillissant et retraduit les différents discours idéologiques dans la relation de son vieillissement à la santé* ». En ce sens, la promotion d'une pratique de sport santé comme moyen de prévention de la perte d'autonomie contribuerait à rendre nécessaire la pratique d'une activité sportive afin de bien-vieillir.

Les propos des participants quant à leurs pratiques permettent d'ailleurs d'éclairer ce point. Ils viennent faire du sport pour « *reste en forme* », « *se maintenir* », « *ne pas rouiller* »¹⁵⁴. Leur pratique ne correspond pas uniquement à un plaisir, à la recherche d'une activité plaisante ou à une envie de loisir. Elle répond à un besoin d'avoir une activité physique afin de se rassurer quant à une possible perte d'autonomie. « *La gym douce j'aime beaucoup, mais parfois je m'y oblige un peu. Je resterais bien à ne rien faire. Mais je m'y oblige pour rester en bonne santé.* »¹⁵⁵

1.3.1. Une forme de prévention ?

1.3.1.a. Entre prévention et négation du risque

On pourrait comprendre la pratique de ces activités sportives comme s'inscrivant dans une dynamique de prévention. Le fait d'exercer une activité sportive pour « se maintenir » relèverait alors d'une démarche d'anticipation de la perte d'autonomie fonctionnelle qui accompagne l'avancée en âge. Dans un sens,

¹⁵³ auto-questionnaire SBE année 1 – 150 répondants

¹⁵⁴ Propos d'adhérent lors d'activité sportives – Seconde phase du terrain

¹⁵⁵ Entretien mené par Shani Galand – enquêtée : « Lucie » - voir annexe

c'est le cas. Les personnes participantes à ces activités cherchent effectivement à conserver leurs conditions physiques le plus longtemps possible.

Il y a une autre motivation à la pratique du sport : le besoin de continuer à se « sentir jeune ». Dans ce cas, il ne s'agit pas de prendre conscience de l'évolution de ses capacités avec l'avancée en âge, mais de continuer à les pratiquer comme avant voire de nier certains effets du « vieillissement ». Un intervenant sportif souligne que certaines personnes tombent parfois dans l'excès, en multipliant les activités sportives sans prendre en compte l'évolution de leurs capacités. « Ils en font trop »¹⁵⁶. Dans un autre Centre Social, l'animateur d'une activité yoga fait une remarque similaire :

« J'adapte la séance en fonction du public. Là avec des seniors, je vais plus les orienter sur un travail de maintien de l'équilibre par exemple... vous avez des personnes à qui ça ne correspond pas, qui viennent à deux séances et qui repartent parce que "ce n'est pas assez" dur. Les premières fois ça surprend [...] je ne cherche pas à ce que soit dur, je cherche à ce que ce soit efficace sur le long terme » (animateur sportif – échange informel)¹⁵⁷.

Dans certains cas, la démarche n'est pas tant une démarche de prévention qu'un refus de prendre en compte l'avancée en âge. Comme le montre Raymonde Feillet et Charles Roncin (2006), l'intégration du sport comme faisant partie des comportements normaux de la lutte contre les effets du vieillissement conduit certaines personnes à considérer « l'excès de dépense d'énergie comme garant du Bien-vieillir ».

La prise en compte de cette dimension pousse les Centres Sociaux à adapter l'intitulé de leurs activités sportives afin de les rendre attractives pour un public senior :

« On a vu qu'il y avait aussi des seniors qui s'étaient inscrits au Pilate et qui ne suivaient pas, qui étaient en difficulté sur les exercices proposés. Du coup on avait commencé à réfléchir sur du Pilate sur chaise ou du Pilate pour senior... et la 2^e année, zéro inscrit en seniors ! Ils préféraient en baver et rester sur une activité "Pilate initié" [...] plutôt que d'aller dans une activité senior... et (la coordinatrice adulte) me dit "on pourrait essayer de changer de nom" [...] puis elle me dit "j'ai des collègues qui ont fait du Pilate et ils ont appelé ça Sweet Pilate" L'année d'après on met Sweet Pilate et c'est rempli par les seniors comme quoi... » (Entretien n° III).

Cela souligne l'importance de la perception du public de ces activités. L'activité en elle-même est la même, mais la compréhension d'un intitulé supposant une pratique plus « simple » à la place d'une pratique « différente » change la réception qui est faite de l'activité.

Ces éléments poussent à nuancer la dimension préventive du choix de ces activités. Il ne s'agit pas de dire que ces activités n'ont plus d'impact de prévention, mais de souligner que, pour une partie des participants, la participation à cette activité ne relève pas tant d'une démarche de prévention d'un risque

¹⁵⁶ Note de terrain de Shani Galand.

¹⁵⁷ Seconde phase du terrain

à venir qu'un déni de l'existence de ce risque, quitte à adopter des comportements contreproductifs. « Le jour on ne pourra plus faire ça c'est que je serai vieux. »¹⁵⁸

1.3.1.b. La temporalité de la démarche de prévention

Si la prévention est une démarche qui s'inscrit dans le temps, la pratique d'une activité de prévention présentée comme telle (prévention des chutes, atelier mémoire etc.) semble par contre être quelque chose de ponctuel. Les résultats de l'auto-questionnaire SBE montrent que les activités de prévention sont le seul type d'activité à ne pas avoir été renouvelé d'une année sur l'autre. Aucune des personnes s'étant inscrites dans une activité de prévention la première année n'a renouvelé son inscription dans cette activité la seconde année.

Cela montre une relation particulière à la temporalité de la prévention pour les adhérents des Centres Sociaux. Une adhérente interrogée à ce sujet l'explique ainsi :

« Je suis allée à l'atelier mémoire l'an dernier... c'était un peu pour me rassurer et aussi pour me donner bonne conscience. Comme une révision pour la voiture si vous voulez : on fait le cycle de 10 séances. On ne s'en tire pas trop mal et on est bon pour encore 5 ans »¹⁵⁹.

Il s'agit ici d'atelier présenté par cycle, animé par un professionnel extérieur au Centre Social.

Figure 32 : extrait de plaquette de Centres Sociaux présentant des ateliers mémoire



Source : plaquettes de présentation des activités de l'espace socioculturel du Candéen et du Centre Social Indigo

¹⁵⁸ Participant à l'activité Pilate – première phase du terrain

¹⁵⁹ Echange informel – seconde phase du terrain

Dans les ateliers « autogérés » la démarche est différente et l'inscription dans le temps plus présente. Pourquoi une telle distinction ? Une fois de plus, un des facteurs peut être la présentation de l'action. Dans le cas de l'atelier par cycle, l'action est présentée parmi d'autres ateliers à destination des plus de 60 ans clairement orientés sur des dimensions de prévention (bon usage du médicament, prévention des chutes, etc.). Dans le cas de l'atelier autogéré, le nom de l'activité a été changé en « *remue-méninges* », parce que « *ça fait moins grabataire* »¹⁶⁰ et elle est proposée au sein d'un ensemble d'ateliers allant du tricot à la cuisine (voir figure 32). Tous ces éléments amènent à se poser la question suivante : est-ce que pour faire de la prévention dans les Centres Sociaux il est nécessaire de ne pas le présenter comme tel ? Autrement dit, est-ce que les Centres Sociaux ont un effet de prévention sur le vieillissement justement parce qu'ils ne font pas de prévention du vieillissement ? La dimension préventive n'est-elle pas plus un bénéfice secondaire de certaines activités plus qu'un résultat d'activités spécifiques ciblées et nommées comme telles ?

1.3.2. Sport et convivialité : création de lien social ?

La proposition de prévention des Centres Sociaux n'est pas seulement une proposition de maintien de faculté physique, fonctionnelle. Elle s'inscrit également dans une démarche de prévention de la perte du lien social.

Dans les discours des professionnels des Centres Sociaux, le sport est un prétexte au développement de liens sociaux entre les participants. Il en irait alors de même pour une activité sportive que pour une activité manuelle ou sociale (sur lesquelles nous reviendrons) : l'activité est l'occasion de créer du lien, la nature de l'activité devenant alors secondaire. Cette dimension est mise en avant par les professionnels : « *on est quand même sûr de la prévention puisque prévention des chutes, l'entretien physique des personnes et puis ça crée du lien social entre les personnes...* »¹⁶¹(entretien n° II) ; comme par les animateurs sportifs intervenant dans les centres : « *l'activité physique est à mon sens indispensable au Bien-vieillir. Ne serait-ce que pour le lien social* »¹⁶² ; « *la forme physique est en fait un peu secondaire, la priorité c'est le lien social que permettent de développer les activités physiques et sportives.* »¹⁶³

À côté de ces discours, l'enquête usagers montre que c'est principalement la recherche d'une activité sportive qui a motivé la venue au Centre Social des participants à ce type d'activité (voir tableau 38), avant le fait de faire des rencontres. C'est cette dimension « sociale » qui semble participer au bien-vieillir pour les personnes pratiquant ces activités. L'observation des activités et des échanges qu'elles suscitent entre les pratiquants permet de constater que si le « lien social » n'est pas la raison première de la venue à l'activité, il est un facteur majeur de son maintien. Interrogés sur la participation à l'activité, les

¹⁶⁰ Participante au « remue méninge » – phase d'immersion préalable

¹⁶¹ Directeur d'un Centre Social

¹⁶² Animatrice sportive, extrait des entretiens menés par Shani Galand

¹⁶³ Animatrice sportive, extrait des entretiens menés par Shani Galand

participants citent la convivialité du moment, le fait de pratiquer une activité de groupe. « *On ne transpire peut-être pas beaucoup, mais qu'est-ce que l'on rigole, c'est une autre forme de sport !* »¹⁶⁴ ; « *On n'est pas seule, on a de la compagnie moi j'adore il me faut de la compagnie moi* »¹⁶⁵ ; « *tu pourrais te dire que la gym sur chaise, on peut le faire chez soi, mais ce n'est quand même pas la même chose ! Là on moins on est ensemble, on se motive !* »¹⁶⁶.

Tableau 38 : Raisons de la venue au Centre Social des participants à une activité sportive¹⁶⁷

	Fréquences
Activité spécifique	77,8 %
Activités non spécifiques	22,2 %
Faire des rencontres, lien social	22,2 %
Prévention	11,1 %
Occuper le temps	0
Participer	0
Transmettre, être utile	0
Autre	0
Vie sociale	0
Convivialité	0
Non-réponse	0
Nombre de répondants	9

Réalisation Juliette Michel 2019

La prévention, comme pratique d'une activité « pour se maintenir », est la principale raison de la venue au Centre Social, pourtant c'est essentiellement la dimension sociale de l'activité qui est identifiée comme un apport en matière de bien-vieillir, avant la question de la « forme physique » (voir tableau 39). Les interactions au cours des l'activité sont donc tout aussi importantes que la dimension « physique » de l'activité.

Tableau 39 : Apports du Centre Social au bien-vieillir pour les participants à une activité sportive

	Fréquences
Être ensemble, rencontre, lien social	55,6 %
Bien-être	33,3 %
Forme physique	33,3 %
Pratique d'une activité conviviale	22,2 %
Apprentissage et pratique d'une activité nouvelle	11,1 %
Sortir de chez soi	11,1 %
Occuper ses loisirs	11,1 %
Aider les autres	11,1 %
Échange	0
Prévention	0
Rien	0
Non-réponse	0
Nombre de répondants	9

¹⁶⁴ Propos de participant à une activité gym douce – seconde phase du terrain

¹⁶⁵ Entretien mené par Shani Galand – enquêtée : « Solange » - voir annexe

¹⁶⁶ Propos de participant à une activité gym sur chaise – seconde phase du terrain

¹⁶⁷ Enquête usagers – question ouverte recodée comme choix multiples

Réalisation Juliette Michel 2019

Les observations permettent de constater que les relations et les échanges entre les participants sont finalement assez faibles, comparativement à dans d'autres activités, notamment les activités manuelles et sociales. Les participants arrivent séparément, pratiquent l'activité et repartent séparément. Peu d'entre eux se rencontrent ou se connaissent en dehors de la pratique de l'activité. La pratique de l'exercice physique en lui-même est peu propice à la discussion.

L'échange est d'une nature différente de l'activité de transport. Cela s'illustre d'ailleurs dans l'évolution du nombre d'amis ou de connaissance après un an dans le Centre Social. Si l'activité transport était l'activité présentant l'évolution la plus importante du nombre d'amis, l'évolution du nombre de connaissances était assez faible. Dans le cas de l'activité physique, la répartition se fait à l'inverse. Ces activités sont celles qui présentent la plus faible évolution du nombre d'amis dans la structure (+1,51) alors que, pour l'évolution du nombre de connaissances, elles font partie des activités en générant le plus (+7,21) (voir tableau 36). Les relations que créent les participants au sein du Centre Social sont d'une nature différente que ce que pouvait générer l'interaction sociale en contexte individuel.

Ce type d'activité présente essentiellement ce que Shani Galand (2019) propose de qualifier de « rapport de camaraderie ». Selon l'auteure, le rapport de camaraderie se caractérise par des relations centrées autour de l'activité. Les échanges et les rencontres entre les participants ne se font qu'au sein de l'activité. L'attachement est plus un attachement au collectif qu'aux personnes. L'auteure précise que dans les rapports de camaraderie, les personnes ont déjà un réseau amical et social les satisfaisant et n'ont pas besoin de construire des relations supplémentaires. L'idée n'est pas de dire que les personnes participant aux activités sportives ne veulent pas développer de relations amicales avec les autres participants, ce qui peut arriver, mais qu'elles n'en expriment pas le besoin.

2. Les activités collectives : Apprendre et exister

Introduction

Deuxième mode de participation sociale dans les Centres Sociaux que nous avons identifié, les activités collectives sont centrales à la proposition des Centres Sociaux. Contrairement aux formes de participation « passives », les « activités et démarches collectives » sont des formes de participation sociale des aînés qui sont non seulement reconnues par les Centres Sociaux, mais présentées comme à la base de leur action. On retrouve dans ces modes de participations le principe d'association des personnes au développement et à l'organisation des activités qui les concernent, ce qui est au cœur de la proposition des Centres Sociaux. On retrouve ces formes de participations dans les activités manuelles, techniques, cérébrales, sociales, etc. Beaucoup ont pour objectif de favoriser l'accès et le partage de connaissances et de savoir-faire (**II.6.2.1.**).

Ces modes de participation produisent des effets très différents sur le bien-vieillir des personnes. Il ne s'agit pas tant de permettre un fonctionnement au quotidien que de valoriser la place de la personne au sein du groupe et la mise en avant de ses compétences (II.6.2.2). De plus, c'est principalement au travers de la participation à des activités collectives que s'exprime l'un des fondements de l'action des Centres Sociaux envers les plus de 60 ans : l'intergénérationnel (II.6.2.3).

2.1. Un mode de participation au cœur de la proposition des Centres Sociaux

De nombreuses activités, de l'atelier cuisine à l'atelier tricot en passant par certains ateliers mémoire, fonctionnent sur un mode « *d'échanges réciproques de savoirs* » (Héber-Suffrin 2016). Suivant ce principe, tous les participants, vont se retrouver dans une position où leurs savoir-faire, leurs compétences ou connaissances de certaines choses vont les conduire à « prendre en main » un atelier ou un moment de celui-ci.

« la personne qui met le pied ici, normalement, pour moi, elle devient bénévole un jour ou un autre après, on met selon le jour et l'heure une étiquette de bénévoles, on lui donne un rôle de bénévole... et c'est notre boulot d'animateur de donner des rôles aux gens et de leur dire ce qu'ils doivent faire... plutôt avec leur consentement de préférence et plutôt de façon négociée dans un groupe... C'est-à-dire que c'est plus le groupe qui va choisir ce que chacun a à faire » (entretien n° V).

Ce type d'activités, autogérées par les participants, repose sur un portage ponctuel et alternant entre les membres du groupe. Dans le cas d'un atelier cuisine, un participant fera découvrir au reste du groupe la recette de son choix et accompagnera ensuite sa réalisation. Dans le cas d'une activité autour du jeu, cela s'exprimera par la présentation d'un jeu particulier et l'explication de ses règles. À la différence des activités relevant de « l'interaction sociale en contexte collectif », ces ateliers ne pourraient fonctionner sans la participation et l'engagement de leurs usagers, ce qui les inscrit dans des formes de participation assimilées à l'activité collective.

Ces ateliers sont la forme d'activité la plus courante. Tous les Centres Sociaux observés présentent au moins une activité de ce type, quand ce n'est pas la majorité de la proposition. Cela peut aller jusqu'à 7 ateliers par semaine. L'absence de données harmonisées sur les activités ne permet pas de donner une vue d'ensemble. On peut néanmoins, en se basant sur les Centres Sociaux observés, définir quelques éléments. Ces ateliers sont, de manière générale, hebdomadaires ou bihebdomadaires.

Par exemple, le calendrier de la figure 33 présente l'occupation des salles d'un Centre Social sur une semaine. Parmi les activités présentées, le « jeux-dits », la broderie, le scrabble, le patchwork (patch), l'informatique (info), le tarot, la photo numérique (phot num) et argentique (phot arg) et la mémoire sont des ateliers tenant de l'« activité collective » où l'on va retrouver des personnes de plus de 60 ans.

Dans certain cas, notamment les ateliers cuisines (ou, dans notre exemple l’alternance entre mémoire et broderie), la fréquence de proposition est moins élevée due à la disponibilité des locaux (tous les Centres Sociaux ne disposant pas d’espace cuisine). Ils accueillent jusqu’à une vingtaine de personnes suivant la popularité de l’activité et la capacité d’accueil de la salle. Le calendrier des activités se cale sur le calendrier scolaire avec un arrêt des ateliers pendant les vacances.

Figure 33 : Calendrier d'occupation des salles

	LUNDI			MARDI			MERCREDI			JEUDI			VENDREDI			SAMEDI			DIMANCHE			
	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	
FORUM																						
GRANDE SALLE 150PL			ZUMBA PYTANGO PYTANGO	GYM DANSE ASRY	Chorale ASRY		THEA enfants	YOGA		AMR	FELDEN KREIS JEUX DITS										Les tulipes	
SCENE																						
MULTIACT. 50 PL		BRODERIE tous les 15 j MEMOIRE (1)	SCRA BBLE		Patch	Phot num			patch	patch	Tarot			SCRA BBLE								
MULTIMEDI		INFO		INFO	Scrabble Initiation ACC SCOL		INFO							INFO								
PAILLASSE					ATEL A P ACC SCOL	ART FLO																
LABO						PHOT ARG																
JEUNESSE					ACC SCOL			JEUNESSE														
FAMILLE					ACC EUIL			FAMILLE														
ESPACE CIVIQUE					ACC SCOL																	Web Radio

(1) mémoire :tous les quinze jours :14h30 - 16h45

Calendrier d'occupation des salles de la maison de quartier du Pont Morineau - Photo : Juliette Michel - octobre 2017

Par la nature des activités, leurs fonctionnements et les rôles des participants, on pourrait assimiler la participation de type « activités collectives » à la forme de participation relevant du « bénévolat et aide informelle » identifié par Émilie Raymond et al. (2018). Nous faisons pourtant une distinction, car la volonté des personnes s’engageant dans cette forme de participation n’est pas de s’inscrire dans la « perspective d’aide, de mentorat ou d’accompagnement » qui qualifie le bénévole d’activité. Néanmoins les formes d’aide informelles ne tenant pas de l’engagement bénévole qui ont lieu pendant ces activités sont des éléments importants quant à l’apport de la participation aux ateliers en matière de bien-vieillir.

2.2. Avoir une place au sein d’un groupe

Ce sont des d’apprentissage, que ce soit au travers des activités techniques (informatique, photographie, repaire café, etc.), ou manuelles (Couture, patchwork, scrapbooking...). Ces activités dites de « loisir » recouvrent une part d’échange culturel qui permet le partage de connaissances. Cette démarche favorise la valorisation et la reconnaissance des savoirs de chacun. En mettant les personnes en position d’être acteurs de leur activité, ils peuvent ainsi trouver une place et un statut social au sein du groupe (Galand, Blanchard et Michel 2018).

2.2.1. Valoriser son savoir et apprendre

En favorisant le partage des connaissances de chacun, les activités des Centres Sociaux contribuent à valoriser la personne.

« Aujourd'hui je suis contente parce que cette dame-là est là avec nous depuis un moment et elle n'avait jamais eu le courage d'expliquer les règles du jeu aux autres. Elle s'est toujours positionnée en "moi je ne sais pas"... Vous avez bien vu sur le jeu d'avant : "tout est difficile, c'est compliqué, je ne vois pas, faut compter, c'est dur"... et là sur le 2e jeu, le fait que d'elle-même elle prenne le pli de présenter le jeu aux autres... [...] Bon on n'était pas très nombreux aujourd'hui, mais peut-être qu'il fallait une séance à pas nombreux pour qu'elle ose le faire et peut-être que la semaine prochaine, elle osera le faire à plus grand nombre donc voilà... » (Entretien n° VIII).

L'inscription régulière dans l'activité permet de se familiariser avec la dynamique de groupe afin d'être capable de prendre l'initiative de présenter quelque chose de soi-même, de prendre confiance en ses capacités et en soi.

« J'ai été ouvrière toute ma vie, je ne connais pas grand-chose... et de venir ici je me dis que je ne suis peut-être pas un génie, mais je sais faire un ourlet et je peux aider ma voisine à le faire... ça fait du bien de voir qu'en fait on sait des choses... »¹⁶⁸.

Ainsi, les personnes vont, au cours de l'activité, être mises en avant suivant leurs compétences et obtenir une place et une reconnaissance particulières au sein du groupe. Le fait d'appartenir à un groupe et d'être identifié au sein de celui-ci constitue une forme de reconnaissance sociale qui contribue au bien-être des individus.

Le fait de pouvoir se reconstruire un rôle au sein d'un collectif via la valorisation de ses compétences contribue à compenser la perte de rôles sociaux que l'on associe au vieillissement. On remarque cela au travers des remarques qui peuvent être faites durant les observations : *« pas si mal pour un vieux non ? »¹⁶⁹ ; « Allez on va montrer ce que l'on sait faire à la demoiselle »¹⁷⁰ ; « Qui a dit qu'après la retraite, on ne sert plus à rien ? »¹⁷¹.*

Dans le cadre de ces activités, le Centre Social est un lieu récréatif, mais aussi un lieu d'apprentissage, qui permet de se perfectionner ou de se développer, et ce même à un âge plus avancé. Les personnes s'inscrivent dans cette activité *« pour apprendre une activité qui m'intéressait »¹⁷² ;* ou encore *« se sentir bien dans sa peau et continuer d'apprendre au contact des personnes faire des activités que nous n'avons pas eu le temps de faire pendant son activité professionnelle »¹⁷³.*

Au-delà de la simple dimension occupationnelle de l'activité, qui reste présente notamment pour les activités techniques, on remarque au travers ces réponses une autre envie, celle de combler une envie

¹⁶⁸ Propos recueillis lors d'un atelier couture — seconde phase du terrain

¹⁶⁹ Propos recueillis lors d'un atelier informatique — seconde phase du terrain

¹⁷⁰ Propos recueillis lors d'un atelier patchwork — seconde phase du terrain

¹⁷¹ Propos recueillis lors d'un atelier tricot — seconde phase du terrain

¹⁷² Propos recueillis lors d'un atelier broderie — seconde phase du terrain

¹⁷³ Réponse à l'enquête usagers

de pratique telle ou telle activité. La retraite est comprise, dans ce cas-là, comme un moment temps pour soi, « *le moment du plaisir enfin atteint, enfin conquis* » (Trincaz et Puijalon 2004). Le Centre Social offre l'accès à des activités qui n'ont pas pu être réalisées durant l'activité professionnelle. C'est aussi un moyen de prendre du temps pour soi, pour se réaliser sans que cela se fasse dû à une obligation professionnelle ou familiale.

« J'avais déjà quelques bases [en tricot]. J'avais fait des bonnets et des trucs comme ça pour mes enfants quand ils étaient petits... j'avais trouvé ça tellement pénible ! [Alors pourquoi est-ce que vous vous y êtes remise ?] J'avais quand même envie de prendre le temps d'apprendre à faire ça bien ! Et maintenant je fais ça pour moi ! Si c'est moche, ce n'est pas grave... C'est devenu un vrai plaisir »¹⁷⁴.

Cette dimension d'apprentissage est identifiée comme un apport du Centre Social à leur bien-vieillir par 30 % des répondants à l'enquête usagers et particulièrement par les participants aux activités techniques, manuelles et cérébrales (voir tableau 40). Elle est moins présente pour les activités cérébrales, ce qui s'explique par la nature de ces activités. Celles-ci sont essentiellement tournées autour du jeu et particulièrement les jeux de cartes. La dimension d'apprentissage est alors moindre, puisque les participants maîtrisent déjà les règles du jeu. Les participants à un atelier scrabble savent déjà jouer, les règles du tarot ou de la belote ne sont pas redonnées en début de séance, etc. Il ne s'agit pas d'un apprentissage tant que d'un perfectionnement. Comme pour la pratique d'activité sportive, c'est la dimension de pratique collective qui ressort principalement comme apport matière de bien-vieillir.

Tableau 40 : Apports au bien-vieillir identifiés par les participants aux activités cérébrales, techniques et manuelles¹⁷⁵

	Activité cérébrale	Activité technique	Activité manuelle
Être ensemble, rencontre, lien social	28,6 %	15,4 %	26,8 %
Bien-être	0	7,7 %	12,4 %
Forme physique	0	7,7 %	1 %
Pratique d'une activité conviviale	14,3 %	7,7 %	15,5 %
Apprentissage et pratique d'une activité nouvelle	14,3 %	30,8 %	20,6 %
Sortir de chez soi	14,3 %	0	2,1 %
Occuper ses loisirs	0	15,4 %	7,2 %
Aider les autres	0	0	2,1 %
Échange	0	7,7 %	7,2 %
Prévention	0	7,7 %	7,7 %
Rien	0	0	0
Non-réponse	28,6 %	0	3,1
Nombre de répondants	5	7	59

Réalisation Juliette Michel 2019

¹⁷⁴ Échange informel — seconde phase du terrain

¹⁷⁵ Enquête usagers – question ouverte recodée comme choix multiple

2.2.2. Appartenir à un groupe

Le tableau 40 souligne l'importance du fait d'« être ensemble » dans les apports identifiés au bien-vieillir. Comme dans le cas des activités sportives, si la raison de la venue au Centre Social est d'abord la recherche d'une activité, les raisons de son maintien tiennent du lien social. Les observations indiquent cependant que les interactions entre les personnes ne sont pas de même nature suivant le type d'activité et ne vont pas produire les mêmes retombées.

À l'inverse des activités sportives, les activités collectives sont des temps propices aux échanges. Les temps d'activité sont plus longs : 3 h pour un atelier tricot contre 1 h en moyenne pour une activité sportive. Ces activités sont plus propices aux discussions, notamment les activités manuelles, qui sont celles qui durent le plus longtemps et reposent le plus souvent sur des échanges de savoirs. Pour ces activités, il ne va pas être rare de voir les participants arriver et repartir ensemble. Certains participants viennent en covoiturage, ont le même trajet de bus et donc se retrouvent à l'arrêt pour faire le trajet ensemble. Il arrive que bien que ne partageant pas leur trajet, les participants se retrouvent au Centre Social quelques minutes avant le début de leurs activités pour prendre un café ou échanger avec l'équipe du Centre Social.

Contrairement à ce que l'on pouvait constater dans les activités sportives, où le temps passé au Centre Social était consacré à l'activité, les activités collectives montrent une utilisation plus large du temps dans la structure avant et après l'activité et des relations liées avec les autres participants. Non seulement ces activités génèrent des gains en termes de nombre de connaissances et de nombre d'amis après un an passé dans les structures, elles présentent des dimensions très différentes entre les différentes activités (voir tableau 41).

Tableau 41 : Évolutions du nombre moyen d'amis et de connaissances par types d'activités collectives

	Connaissances	Amis
Activité manuelle	13,63	3,53
Activité technique	7,78	1,7
Activité cérébrale	4,14	2,85
Activité sociale	1,64	1,9

Réalisation : Juliette Michel 2019

2.2.2.a. Le cas des activités sociales

Le tableau 41 incorpore les activités sociales que nous n'avons pas encore abordées. Ces activités d'échanges et des discussions relèvent également de la participation au sein d'activité collective, mais elles ne présentent pas les dimensions d'apprentissage ou de valorisation sur les compétences de chacun. Elles sont centrées autour des discussions et des échanges entre les personnes, que ce soit autour de thématiques spécifiques ou non. On peut illustrer deux types d'activité sociale. D'un côté on va trouver les « cafés » (des rencontres, des familles, des voisins, etc.) où les sujets de discussion ne sont pas spécialement orientés. Les « cafés » ont une thématique changeante chaque session : jeux, faire ses

produits ménagers, etc. Ces thématiques sont en fait de prétexte à l'échange. En ce sens, les activités cérébrales et les activités sociales sont similaires.

« On ne peut pas juste leur dire, prenez un biscuit et discuter ! Donc on va prendre un autre sujet qui sert d'amorce à la discussion. Chacun y va de son anecdote, de son avis... et c'est comme ça qu'on les amène à se connaître. Et moi je remarque qu'à force il y a de moins en moins de temps consacré à la thématique et de plus en plus en plus de discussions sur tout et rien... Je me dis que le jour où il y a plus besoin de thématiques c'est que [...] c'est du vrai lien social, des amis quoi ! »¹⁷⁶.

De l'autre côté, on va retrouver des temps d'échange autour d'une thématique spécifique. Il va alors s'agir de « café des aidants » ou d'action « dire et rebondir » où les échanges portent sur les situations particulières des personnes. Il ne s'agit pas de partager une compétence ou un savoir-faire, mais une expérience dans laquelle d'autres pourront se reconnaître.

Que ce soit pour le développement de liens amicaux ou de connaissance, les activités manuelles sont les plus « efficaces ». À l'inverse, on peut s'étonner des résultats pour participants aux activités sociales. Pour expliquer cet écart, il convient de rappeler que les résultats présentés dans le tableau portent sur des personnes s'inscrivant pour la première fois dans un Centre Social. Les observations permettent de constater qu'il y a bien des relations amicales et de connaissance qui se développent au sein de ces activités. Néanmoins, il s'agit de groupes soudés, fréquentant l'activité depuis plusieurs années. Dans l'un des ateliers patchwork observé, sur les 19 participantes, 9 fréquentent l'activité depuis au moins 10 ans et 5 depuis 4 ans. Ces cinq participantes sont d'ailleurs d'anciennes collègues de travail qui ont fait collectivement la démarche de s'inscrire à l'atelier au moment du passage à la retraite de la plus âgée. Les participants partagent des souvenirs au sein de la structure, ont des habitudes de fonctionnement précises (qui apporte quoi, qui s'assoit où, etc.). *« Quand c'est ton anniversaire, tu ramènes quelque chose pour le goûter, c'est un peu notre tradition. »¹⁷⁷*

Pour un nouvel adhérent, particulièrement si la recherche de la personne est de trouver une place au sein d'un groupe, cela peut s'avérer intimidant. On fait alors face à une sorte d'« entre-soi » où il apparaît difficile d'intégrer de nouveaux individus à un groupe fonctionnant déjà. Une indication de cela se trouve dans les résultats de l'auto-questionnaire SBE. Les activités sociales et activités manuelles sont celles pour lesquelles le taux de maintien dans l'activité d'une année sur l'autre est le plus faible (à l'exception des activités de prévention pour lesquels si n'y a pas de maintien – voir tableau 42).

Dans le cas des activités sociales, si on retrouve l'attachement au collectif, la dimension personnelle prend plus de poids. Faire partie d'un groupe ne suffit pas, comme cela pouvait être le cas dans les

¹⁷⁶ Propos d'une animatrice d'un café des familles — première phase du terrain

¹⁷⁷ Échange informel — seconde phase du terrain

activités sportives, il faut y avoir un rôle et une relation avec les autres. Cette spécificité de l'activité sociale est soulignée dans les propos de cette animatrice :

« À la limite quand on fait une après-midi belote c'est plus simple, elles peuvent ne pas très bien s'entendre ce n'est pas grave parce que le "but" [fait des guillemets avec ses mains] c'est de jouer [...] au café des familles c'est différents parce qu'elles viennent pour discuter et là... bah faut que le courant passe »¹⁷⁸.

Cette intégration dans un nouveau groupe est donc plus difficile en l'absence d'une « activité prétexte » définie. Cela explique pourquoi les activités manuelles et techniques paraissent plus propices au développement de liens entre les participants que les activités sociales et cérébrales.

Tableau 42 : Maintien des activités des nouveaux adhérents de plus de 60 ans d'une année sur l'autre¹⁷⁹

Activités	Nb. de personnes déclarants l'activité la première année ayant répondu au second questionnaire	Nb. de personnes déclarant l'activité la seconde année	Nb. de personne déclarant l'activité pour la première fois dans le second questionnaire	Pourcentage de personne ayant maintenu l'activité sur la 2ème année
Prévention	6	2	2	0%
Activités sociales	20	20	12	40%
Activités manuelles	10	12	7	42%
Vie associative	8	8	4	50%
Aide accompagnement	4	7	3	58%
Activités techniques	22	16	6	62,5%
Activités cérébrales	7	7	3	67%
Activités sportives	16	13	3	77%
Transport	19	20	1	95%
NR	15	20	17	

Réalisation : Juliette Michel 2019

2.2.2.b. La question du veuvage

Les veufs, et notamment les veuves, sont un public important des Centres Sociaux. À titre d'illustration, ils représentent 23 % des répondants à l'enquête usagers et 27 % des répondants à la première vague de l'auto-questionnaire SBE. Proportionnellement les veuf. ve. s sont plus présents lors de la seconde passation, où ils représentent alors 34 % des répondants. Cela montre que les veuf. ve. s ont tendance à plus se maintenir au sein du Centre Social que d'autre type de situation matrimoniale. Les entretiens et échanges avec les participants permettent d'éclairer les raisons de ce maintien. Via l'analyse de récit de vie, Shani Galand (2019) identifie les ruptures matrimoniales (veuvage, séparation) comme des événements déclenchant l'adhésion et/ou l'engagement dans le Centre Social.

¹⁷⁸ Échange informel — première phase du terrain

¹⁷⁹ Comparaison entre les deux vagues de l'auto-questionnaire SBE - question ouverte recodée, choix multiples - 103 répondants

Le poids du veuvage n'est pas un élément négligeable dans la compréhension des apports des activités au sein des Centres Sociaux, qu'ils s'agissent ou non d'activités sociales. Pour ces activités comme pour les activités manuelles, techniques ou cérébrales l'inscription au sein d'un groupe apparaît comme la plus-value du Centre Social. Les activités cérébrales et les activités sociales sont d'ailleurs les deux seuls types d'activité pour lesquelles les participants identifient une envie de « participer » dans leurs raisons de venue au Centre Social. Participer au sein de ces activités est alors compris comme un moyen de se sentir moins seul. C'est ce que l'on retrouve dans les propos de participant à des activités sociales :

« là on rigole, mais des fois, les conversations ne sont pas toujours tout rose... mais c'est important aussi de se dire que l'on peut parler de sujet grave. Ça fait du bien de savoir que l'on n'est pas seule à être dans la situation... la dernière fois [...] on parlait des infos et j'ai dit que moi j'n'avais jamais été aussi informée que depuis la mort de mon mari parce que je laisse la radio allumée toute la journée pour ne pas me sentir trop seule... c'est sorti tout seul... J'avais honte [...] je n'aime pas me plaindre [...] et [une autre participante] viens me voir et me dit que elle c'est pareil avec la télé. [...] au final on pourrait se dire que ça ne change rien, je continue à avoir la radio, elle la télé, mais de savoir que je n'étais pas la seule dans la situation, ça m'a fait du bien, je n'avais plus autant honte »¹⁸⁰.

Dans ces conditions, le Centre Social apparaît comme un moyen de « faire face » en proposant une occupation et la possibilité de trouver une échappatoire à ses préoccupations. C'est ce qu'illustrent les propos d'une participante veuve :

« Il faut faire quelque chose, ça occupe, ça occupe. Autrement vous restez dans votre trou, vous y restez hein. Quand on s'occupe, on a l'esprit pris, si vous restez chez vous, vous avez l'esprit pris. Quand vous sortez, c'est plus facile, vous venez parler, vous vous changez les idées »¹⁸¹.

Un autre témoignage d'une participante récemment veuve et récemment inscrite dans le Centre Social va dans ce sens « Mon mari est mort il y a 3 mois alors si je ne viens pas ici, je m'emmerde »¹⁸². La dimension occupationnelle est complétée par le besoin d'interaction et d'échange, que cette même adhérente précise ensuite « ce n'est pas juste de sortir, de voir du monde ou de m'occuper parce que tout ça en faisant les courses c'est possible aussi... Là je connais les gens et ils me connaissent [...] on parle, on joue [...] on passe un bon moment ».

On retrouve ici ce que Vincent Caradec (2007) identifie comme une des stratégies de la déprise¹⁸³ : le rebond. Cela consiste « à renouer avec une activité délaissée, à s'engager dans une activité nouvelle ou à

¹⁸⁰ Échange informel lors d'une après-midi rencontre – seconde phase du terrain

¹⁸¹ Issue d'entretien mené par Shani Galand — enquêtée : « Pauline »

¹⁸² Propos recueilli lors d'un après-midi rencontre — seconde phase du terrain

¹⁸³ Le concept de la déprise fait référence à un « processus de réaménagement de la vie » (Clément et Mantovani 1999) des personnes de plus « susceptibles de préserver leur intégrité identitaire. De telles stratégies impliquent la sélection des activités, des

accroître son investissement dans une activité déjà pratiquée » (Caradec 2007 p.19). L’auteur identifie, entre autres, cette stratégie comme pouvant intervenir au moment du veuvage. Le temps consacré au conjoint est transformé en un temps consacré à une activité ou un engagement et la perte de son compagnon peuvent alors conduire à la construction de nouvelles relations.

Tableau 43 : Évolution du nombre moyen de connaissances et d’amis dans le Centre Social par situation matrimoniale ¹⁸⁴

	Effectifs	Connaissances	Amis
Veuf/veuve	32	12,10	4,29
Marié(e)	48	7,18	3,3
Séparé(e)	2	6	-
Célibataire	5	2	2,67
Divorcé(e)	13	1,88	2,21
En concubinage	2	1	1,83

Réalisation : Juliette Michel 2019

L'évolution du nombre moyen d'amis et de connaissance durant la première année d'activité au sein du Centre Social montre que les veufs sont ceux qui développent le plus de lien d'amitié et de connaissance (voir tableau 43). Comme c'était le cas pour les liens sociaux développés par l'activité de transport, il ne s'agit pas de dire que les veufs et veuves « se font » plus d'amis ou de connaissance. On souhaite souligner que, suivant sa situation (matrimoniale, âge, handicap, etc.) il semble que les attentes en termes de lien social ne soient pas les mêmes et que le sens, la « valeur » que l'on donne à ces liens est également différent.

Il est par ailleurs difficile d'avoir une idée de l'impact de ces relations dehors du Centre Social. Un indicateur pourrait être l'évolution de la fréquence à laquelle les veuf. ve. s déclarent « être invité chez ou reçu, ou voir des amis/connaissances ». Après un an dans le Centre Social, seul 4 des répondants veufs à l'auto-questionnaire SBE déclarent recevoir ou être invités plus fréquemment contre 7 pour lesquels cette fréquence est réduite. Néanmoins, on constate que parmi les trois répondants, tout statut matrimonial confondu, déclarant une progression importante¹⁸⁵ de cette fréquence, 2 sont des veuves. Une autre modalité pouvant nous fournir des éléments est l'évolution de qualité des relations de voisinage. On remarque que, pour un quart des personnes veuves ayant répondu au questionnaire, l'évolution de la perception de qualité de relation avec les voisins a augmenté, passant de cordiale à amicale ou à l'échange de services (contre 2 pour qui cette relation s'est dégradée). Ainsi, il semble, au vu de ces résultats, que les « compétences » sociales développées au Centre Social s'appliquent à

objets, des lieux, des temps et des liens, et procèdent par suppression et/ou report sur d'autres registres équivalents : d'autres activités, objets, spatialités, temporalités ou réseaux relationnels. » (Meidani et Cavalli 2018)

¹⁸⁴ Comparaison entre les deux vagues de l'auto-questionnaire SBE – 103 répondants

¹⁸⁵ Par progression importante on entend une évolution de plus d'un niveau sur l'échelle de fréquence qui était proposé – voir annexe 3

d'autres lieux du territoire de vie des personnes veuves. Néanmoins, le dispositif méthodologique que nous avons mis en place ne nous permet pas d'aller plus loin dans l'exploration de cette hypothèse.

2.3. De la différence d'âge à l'intergénérationnel

Parmi les définitions du bien-vieillir et les raisons de la venue au Centre Social des personnes s'inscrivant dans des activités collectives, certains mentionnent une dimension intergénérationnelle. La venue est motivée par une envie d'« *apprendre de nouvelles choses avec des personnes de tous horizons et âges différents* »¹⁸⁶, de « *ne pas faire partie d'un groupe de T-as-mal-ou* »¹⁸⁷ et de « *rester en contact avec toutes les tranches d'âge* »¹⁸⁸. Cette dimension intergénérationnelle, bien que présente, reste minoritaire (4/93 des définitions du bien-vieillir par les adhérents des Centres Sociaux comportent cette thématique – voir partie II chapitre 5 - 2.3.1). L'action intergénérationnelle est pourtant un des axes qualifiant l'action des Centres Sociaux (voir partie II chapitre 5 -1.1.2). Les observations et les entretiens mettent en avant que cette dimension est, en pratique, très différente de la manière dont elle est présentée et son appréciation par les adhérents passe par des formes qui ne sont pas celles de l'activité.

2.3.1. Dire et faire l'intergénérationnel

L'utilisation du terme « intergénérationnel » dans le discours des Centres Sociaux sur leurs actions « vieillissement » a une portée stratégique importante (voir partie II chapitre 5 – 1.2.2). On remarque que le terme est travaillé et repris dans le réseau des Centres Sociaux afin d'en clarifier la définition. Ainsi, dans un document « repère » de la FCSF, on trouve la présentation de trois définitions retenue par la FCSF pour qualifier la diversité des âges dans les actions (FCSF 2017) :

- Le transgénérationnel : la transmission des histoires, mythes familiaux et sociaux, de biens matériels et financiers, d'éléments identitaires, etc. ; chaque génération assure le rôle de passeur pour les générations futures. Cette notion reprend les travaux de Claudine Attias-Donfut (1988).
- Le plurigénérationnel : réuni, cumule plusieurs générations sans que des liens durables se tissent. Exemple : organisation de manifestations, le repas annuel.
- L'intergénérationnel : dépasse la présence à un moment donné dans un lieu donné. Il se construit dans un système d'interactions entre les personnes de générations différentes qui s'inscrit dans une dynamique où chacun participe à sa construction.

En se basant sur ces définitions, les Centres Sociaux s'inscriraient dans la promotion d'un lien intergénérationnel, donc réciproque et construit dans le temps. Ce n'est pourtant pas la dimension que l'on constate au sein des actions affichées comme intergénérationnelles.

2.3.1.a. L'activité intergénérationnelle

¹⁸⁶ Réponse à l'enquête usagers

¹⁸⁷ Réponse à l'enquête usagers

¹⁸⁸ Réponse à l'enquête usagers

Dans la plupart des cas, les actions dites intergénérationnelles tiennent de l'évènement. Il va s'agir de temps ponctuel, ouvert à toutes ou à certaines générations, que l'on affichera comme intergénérationnel. On retrouve alors les temps forts de l'animation de la vie locale, comme les repas partagés. Ces temps sont compris comme intergénérationnels « *même si au barbecue grosso modo, j'ai une table de vieux, j'ai une table de jeune et à côté une table de famille* » (entretien n° VIII). Ce constat est d'ailleurs illustré par la photo d'un repas collectif présenté en figure 34, où se trouve en premier plan une tablée d'enfants et en arrière-plan des tablées « adultes ». Parmi ces événements se retrouvent les temps spécifiquement organisés dans le cadre de la « semaine bleue¹⁸⁹ », où il va y avoir une attention particulière à ce « *que les activités proposées ne soient pas que pour les personnes retraitées, mais des espaces intergénérationnels où on valorise aussi tout ce qui se fait sur la ville* » (entretien n° XI).

Figure 34 : Repas collectif



Source : Centre Lavallois d'Education Populaire (CLEP) – La vie des quartiers - Mai 2018

Les actions qualifiées d'intergénérationnelles mettent en présence deux générations : les « jeunes » (moins de 20 ans) et les « vieux » (plus de 60 ans). Cela n'est pas étonnant au regard de la pyramide des âges des adhérents des Centres Sociaux dans laquelle les 20-40 ans sont globalement absents (voir introduction de la partie II).

Ces actions se traduisent par la mise en place de moments de rencontre entre ces générations, que ce soit par des visites d'enfants dans un EHPAD ou un temps de témoignage des seniors auprès d'adolescents autour de thématiques comme l'école. On remarque que chacune des générations est soit donnanse (donne de son temps, de son expérience) soit recevanse (d'une attention, d'une aide, etc.). L'échange ne se produit que dans un sens, l'une des générations étant passive. On est donc loin d'une

¹⁸⁹ Semaine nationale des retraités et des personnes âgées, durant laquelle de nombreuses initiatives valorisent et promeuvent les actions intergénérationnelles comme le montre le thème de l'édition 2016-2017 « tout âge faire société ». Elle vise également à insérer les personnes âgées dans leur quartier, leur commune : elle invite le grand public à prendre conscience de la place et de l'importance du rôle social des ainés (Moduloo.net s. d.).

« *dynamique où chacun participe à [la] construction [de la relation]* » que suppose un lien intergénérationnel. Au contraire, on rentrerait plus dans une dimension plurigénérationnelle.

Cette opposition de rôle, soit donnant, soit recevant, contribue au faible engouement des personnes pour ce type d'action dans les Centres Sociaux. Les adhérents âgés sont à la recherche d'activités, ce qui est assez contradictoire avec la position de recevant passif que supposent ces temps. Une animatrice adulte souligne qu'ils ne souhaitent « *pas être vu non plus comme, le bénévole de service qui n'est en lien avec l'autre génération que pour faire du babysitting ou... voilà [ils veulent faire des choses] juste pour eux, pour se faire plaisir à eux!* » (entretien n° XIII). Ces propos résonnent d'autant plus qu'ils émanent de l'animatrice adulte d'un centre qui proposait un service appelé « SOS mamie » consistant à mettre en lien des personnes retraitées et des familles pour garder les enfants dans les situations d'urgence. Ce service a été annulé faute de suffisamment de bénévoles âgées.

Un directeur explique, quant à lui, l'absence d'activités dites intergénérationnelles par le fait que « *l'intergénérationnel c'est au quotidien ! Regarde [cette participante] : elle n'est pas retraitée, mais elle va au café des voisins toutes les semaines, ça fait de l'intergénérationnel avec les autres* »¹⁹⁰. Ces propos viennent illustrer une autre forme de relation intergénérationnelle, celle par l'activité. Les activités en question ne sont pas être décrites comme intergénérationnelles, mais vont permettre des liens entre générations différentes. Dans ce cas-là, les générations en présence sont comprises plus largement que « jeune »/« vieux ». Il va essentiellement s'agir de relations entre retraité et actifs au sein d'une même activité. « *À la photo y a des actifs, au théâtre il y a des actifs, au yoga y a des actifs, le scrabble il y a des actifs puisqu'il y a une séance le soir...* » (entretien n° XV). Les relations « intergénérationnelles » ne sont alors que des relations parmi d'autres au sein de connaissances et amis de l'activité. La création d'une relation qui « *dépasse la présence à un moment donné dans un lieu donné* » dépend des personnes, du temps de la relation et des leurs affinités plus que de l'action dans laquelle ils s'inscrivent.

Cet intergénérationnel « informel » mériterait d'être rendu lisible dans les Centres Sociaux, car il correspond à ce qu'est leur ambition en termes de création de relations réciproques entre les générations. Pourtant ce sont les activités affichées comme intergénérationnelles qui sont mises sur le devant de la scène bien qu'elles ne relèvent pas de ce que le réseau entend avec l'usage de ce terme. De nouveau le discours des Centres Sociaux, généré par un contexte partenarial, des stratégies et des pratiques particulières, vient masquer une réalité plus large de leurs pratiques.

Il est d'ailleurs significatif que la plupart des activités dites intergénérationnelles soient portées par le référent famille. La mise en lien privilégiée des générations de grands-parents avec les générations de petits-enfants correspond à cette visée familialiste de l'action et de l'application des cadres CAF dans

¹⁹⁰ Directeur d'un Centre Social, échange informel – première phase du terrain

l'action des Centres Sociaux. C'est ce qu'illustrent ces propos d'une professionnelle des Centres Sociaux responsable du secteur adulte et référente famille :

« Non [les activités adultes] ne sont jamais fléché intergénérationnel pour autant [même si elles le sont]... après ce qui va plus être fléché intergénérationnel ça va être pris sous un autre angle, ça va être mon autre casquette, ma casquette référente famille où là on a une part d'activité qui s'adresse plus aux familles et là d'emblée on les positionne comme des activités intergénérationnelles » (entretien n° XIII).

2.3.1.b. La question des générations

Cette question de l'intergénérationnel renvoie aux réflexions sur le besoin de mettre en place un secteur « senior » dans les Centres Sociaux, ainsi qu'aux débats autour de la définition de ce que l'on appellerait alors « senior ».

Faire de l'« intergénérationnel » nécessite de définir les générations différentes que l'on regarde. Limiter la conception de l'intergénérationnel au rapport « jeune »/« vieux » est une facilité : il ne sera pas remis en question le fait qu'un adolescent de 15 ans et une personne de 67 ans ne soient pas de la même génération. Élargir cette conception à des relations actifs/retraités pose déjà plus de questions. Un actif de 59 ans ne fait-il pas plus partie de la même génération qu'un retraité de 63 que d'un autre actif de 36 ans ?

De la même manière, peut-on considérer les « retraités » comme une unique génération ? Si l'on se rapporte à de Karl Mannheim (1990), qui définit une génération comme « *un ensemble de personnes ayant à peu près le même âge, mais dont le principal critère d'identification sociale réside dans les expériences historiques communes et particulièrement marquantes dont elles ont tiré une vision partagée du monde* », on peut distinguer au moins 2 générations parmi les plus de 60 ans : ceux se ayant vécu la Seconde Guerre mondiale et les autres. Cette distinction est mentionnée dans les échanges entre participants :

« à chaque fois que je vois les bons de promotions [pour les courses] ça me fait penser aux tickets de rationnement pendant la guerre. »

« Tu te souviens de ça toi ? »

« Bien sûr que je me souviens ! J'avais 13 ans en 45 ! bien sûr toi tu n'étais pas née, ça t'a moins marqué forcément ! On n'est pas de la même génération »¹⁹¹.

Pourtant les relations intergénérationnelles « interâge » sont rarement prises en compte ou pensées comme telles. Une activité ne présentant que des retraités ne sera jamais qualifiée d'intergénérationnelle

¹⁹¹ Propos recueillis lors d'un atelier cuisine – seconde phase du terrain

même si l'amplitude d'âge va de 60 à plus de 90 ans, comme c'est le cas de certaines activités manuelles¹⁹².

2.3.2. S'inscrire dans une relation intergénérationnelle

Au-delà de la question de la définition des générations, c'est celle de l'envie d'être en contact avec d'autres générations que posent les activités au sein des Centres Sociaux. Une animatrice adulte explique l'absence de proposition d'activités intergénérationnelles régulières ainsi :

« je crois que c'est vrai que les jeunes aiment bien de retrouver entre eux et même à l'écart du monde des adultes [...] et pareil pour les personnes âgées qui aiment aussi se retrouver entre elles, mais qui aiment bien être entourées de jeunesse et d'autre génération... c'est parfois un peu contradictoire » (entretien n° IV).

Ces propos sont à relier à la définition du bien-vieillir déjà relevée : *« ne pas faire partie d'un groupe de T-as-mal-ou »*¹⁹³. Même si la personne formulant cette définition s'inscrit dans une activité dont la moyenne d'âge est de plus de 70 ans, sa préoccupation est de ne pas s'inscrire dans un groupe qui serait défini par l'âge de ces participants. On retrouve ici ce que l'on disait plus haut sur la manière de nommer une activité pour attirer le public senior.

2.3.2.a. Être plus que des grands-parents

Il ressort des observations au cours des activités que les relations intergénérationnelles ne sont pas particulièrement recherchées au sein du Centre Social et ce pour diverses raisons. Il y a très peu de recherche d'un intergénérationnel de type *« un enfant avec une mamie »*¹⁹⁴. Les participants aux activités collectives ne refusent pas un contact avec les « jeunes » générations, mais le Centre Social n'est pas l'endroit où ils souhaitent développer ces relations.

Pour les plus de 60 ans dans les Centres Sociaux, la grand-parentalité prend une place importante. 82 % des nouveaux adhérents ont des petits-enfants et 59 % d'entre eux voient leur famille plus de 10 fois dans l'année¹⁹⁵. Au cours des observations, de nombreux participants ont mentionné prendre part à la garde et l'éducation de leurs petits-enfants. Il n'est pas rare de voir des participants arrivés en retard ou partir en avance de leurs activités pour aller chercher leurs petits-enfants et s'en occuper les midis.

La place du rôle de grands-parents est souvent citée comme raison pour ne pas être en recherche d'activité intergénérationnelle :

« J'ai mes petits-enfants 3 jours par semaine, ça me suffit comme jeunesse ! Quand je viens ici, c'est pour moi [...] Je n'ai aucune envie de m'occuper des enfants des autres ! [...] Je pense que

¹⁹² Exemple : Journée de l'amitié (regroupement des ateliers couture et patchwork) : la personne la plus jeune avait 63 ans, et la doyenne avait 96 ans. – seconde phase du terrain

¹⁹³ Réponse à l'enquête usagers

¹⁹⁴ Propos de Bernadette Puijalon lors d'une intervention à la Journée du réseau francophone Villes Amies des aînés – 2016

¹⁹⁵ Auto questionnaire santé bien être année 1 – 150 répondants

pour [cette autre adhérente] c'est différent, parce que ses enfants sont loin, peut-être qu'elle, ça l'intéresse, mais moi non »¹⁹⁶.

Quand on interroge l'autre adhérente en question, elle ne semble pas non plus être en recherche de ce type d'activité : « *C'est un peu agaçant cette idée que parce que l'on est vieux on doit avoir envie d'être avec des gens plus jeunes ! Comme si fréquenter d'autres vieux n'avait aucun intérêt [...] je ne suis pas qu'une grand-mère, j'ai envie de faire des choses en tant que personne !* »¹⁹⁷ Ces propos illustrent bien la position de la plupart des adhérents quant à la proposition intergénérationnelle vers les « jeunes ». Elle renvoie à des rôles qu'ils ne souhaitent pas remplir en dehors de leur propre famille.

Une autre forme de rapport à une génération « jeune » est celle du bénévolat, notamment via les dispositifs CLAS¹⁹⁸, d'aide aux devoirs. Dans ce cas, des bénévoles, généralement retraités, assistent des élèves de primaire et du collège dans leurs devoirs. Cette forme de rapport intergénérationnel n'est pas pensée ou formulée comme tel, notamment parce que les bénévoles ne sont pas nécessairement des personnes âgées. Les personnes âgées s'engageant dans cette forme de bénévolat ne se sentent donc pas ciblées en tant que retraités. À l'inverse d'autre forme d'activités intergénérationnelles fléchées où les personnes âgées sont identifiées en tant que ressource « donnante », l'aide au devoir mobilise des personnes en fonction de leurs envies et non en fonction de leurs âges. Il ne s'agit donc pas de relations intergénérationnelles générées de manière « artificielle » en mettant en présence des générations différentes, mais des relations intergénérationnelles « fortuites » et résultant d'un choix d'engagement de la personne.

2.3.2.b. Faire face à son avancée en âge

Les réticences face à la mise en place de relations intergénérationnelles au sein du Centre Social s'expriment également au travers des relations avec la génération précédente. Le public des activités collectives est constitué en majorité de « jeunes retraités » entre 60 et 75 ans. Il y a peu de personnes de plus de 75 ans s'inscrivant dans ce type d'activités, ils ne représentent que 15 % des répondants à l'enquête usagers¹⁹⁹. C'est un public (les plus de 75 ans) que l'on retrouvera dans des activités plus proches du service, comme le transport solidaire ou le jardin'âge.

Les réticences à être en contact avec la génération précédente se traduisent par une appréhension vis-à-vis de son propre vieillissement. Ainsi, des participants à un atelier couture expliquent que « *pour Noël on a fait des petites décorations en feutrine pour la maison de retraite [...] Je n'ai pas pu y aller et je n'étais*

¹⁹⁶ Propos recueillis lors d'un atelier couture – seconde phase du terrain

¹⁹⁷ Propos recueillis lors d'un atelier couture – seconde phase du terrain

¹⁹⁸ Contrat local d'accompagnement à la scolarité

¹⁹⁹ Enquête usagers – 93 répondants

pas la seule ! [...] On vient à la couture pour se changer les idées et aller là-bas ça ne change pas les idées du tout, c'est l'angoisse ! »²⁰⁰. On retrouve la même réticence dans ces autres propos :

« En fait je me rends compte que j'ai besoin d'être avec des gens de mon âge. Être avec des plus vieux, c'est difficile pour moi. Parce que ça renvoie peut-être à notre future vieillesse [...] j'ai très peur moi. Des fois, je me dis comment on devient vieux ? [...] Moi je ne suis pas à l'aise avec la vieillesse. »²⁰¹

Les participants à ces activités ont finalement peu d'intérêt à se retrouver dans une mixité générationnelle avec des personnes plus âgées quand celles-ci peuvent les renvoyer à leur propre vieillissement aux inquiétudes que cela nourrit.

La présence au Centre Social ne se présente donc pas comme un lieu et un temps durant lesquels les participants souhaitent se confronter à ces questions.

« On a fait une conférence sur l'entrée en EHPAD par exemple, il y avait du monde, mais pas du tout les gens à qui on pensait ! Il y avait pas mal de gens de 40-50 ans, qui sont en train de penser à cette question pour leurs parents, mais pas du tout des seniors [...] On a l'impression qu'ils ne veulent pas aborder la question. » (Directeur d'une centre social – échange informel)²⁰²

Un Centre Social du panel a organisé une soirée au cours de laquelle un spectacle mettait en scène des situations entre un enfant et un parent en situation de perte d'autonomie. À cette occasion, de nombreux témoignages sont exprimés et dans chacun d'eux, les personnes de plus de 60 ans²⁰³ se placent du côté des enfants : *« Ce qui est dur, pour nous les enfants, c'est de voir nos parents vieillir ; ça fait mal au cœur de les voir se dégrader »²⁰⁴*. Il n'y a pas de projection des personnes en tant que potentiel parent en perte d'autonomie. On peut alors s'interroger sur le rôle du Centre Social dans une démarche de prévention qui passerait par la conscientisation des risques du vieillissement quand leur public n'est visiblement pas intéressé pour faire cette démarche au sein de ces structures.

2.3.2.c. Le pluri-générationnel comme prévention de la "ghettoïsation" des seniors ?

La possibilité d'activité où l'âge n'est pas un critère d'accès est important dans la compréhension de la spécificité des Centres Sociaux et la dimension intergénérationnelle de celle-ci. La volonté d'être en présence de personnes d'âges différents n'est alors pas contradictoire avec l'envie de se retrouver entre personnes de même génération. Cela passe par la dimension pluri-générationnelle des Centres Sociaux. Même si les âges sont plutôt homogènes au sein de l'activité, le Centre Social en lui-même n'est pas dédié à une seule génération et cela fait partie des aspects appréciés et recherchés par les participants aux activités collectives. C'est ce que souligne ce participant à une activité belote : *« J'aime bien ici parce*

²⁰⁰ Propos recueillis lors d'un atelier couture – seconde phase du terrain

²⁰¹ Issu d'entretien mené par Shani Galand – enquêtée : « Joséphine »

²⁰² Première phase du terrain

²⁰³ L'estimation de l'âge des témoins est soit issue de rencontre précédente soit d'une demande d'information auprès des administrateurs du Centre Social présents à la soirée.

²⁰⁴ Propos recueillis lors de la soirée « Y a pas de dangers » - seconde phase du terrain

*qu'il y a des gens partout ! Enfin partout... pas là dans la salle, mais tout autour ! [...] il y a l'équipe du Centre Social déjà, pour moi c'est des jeunes ! Et puis dans la salle d'à côté il y a un truc avec des ados [...] ce n'est pas un truc pour vieux quoi ! »*²⁰⁵ Cette recherche d'une activité qui ne soit pas marquée par une dimension intergénérationnelle est soulignée par ce professionnel *« particulièrement les jeunes retraités, ne veulent surtout pas être dans cette catégorie où on va les mettre dans un ghetto de gens âgés, ils veulent rester dans le vivre ensemble »* (entretien n° XIII). Ce vivre ensemble se traduit alors par la fréquentation des locaux, qui, en mettant en présence des générations différentes, permet d'offrir un espace pluri générationnel (voir partie III chapitre 7 – 2.2.2).

3. Le bénévolat et l'engagement : entre accomplissement et épuisement

Introduction

Forme « classique » de participation, le bénévolat dans les Centres Sociaux peut prendre plusieurs formes. Interroger les formes de bénévoles, c'est déjà se poser la question de la définition du bénévole dans les Centres Sociaux.

« Je les considère tous comme bénévoles, alors la question du bénévolat, c'est toujours compliqué... mais là, ils donnent du temps à la structure pour eux-mêmes et pour les autres, alors je considère que, quand on donne du temps pour les autres... moi c'est un peu la définition du bénévolat [...] Les bénévoles c'est assez compliqué à identifier en fait... Il y a, à la fois peu de bénévoles et beaucoup qui gravitent » (entretien VIII).

Il s'agit de comprendre le rôle du Centre Social dans la création de « lieux » d'engagement. La compréhension de ce rôle varie d'un centre à l'autre et d'un professionnel à l'autre. On peut ainsi illustrer chacune des positions :

- Le Centre Social crée des possibilités d'engagement en fonction des personnes : *« pour moi, il faut créer des tâches en fonction des bénévoles qu'il y a et en fonction des bénévoles potentiels... la personne qui met le pied ici, normalement, pour moi, elle devient bénévole un jour ou l'autre »* (entretien n° V).
- Le Centre Social accompagne la prise de certaine fonction bénévole : *« peut-être que bénévole qualifié ce serait ça : des gens qui font l'effort de se former et de réfléchir aux problématiques en plus de l'accompagnement que l'on peut avoir »* (entretien n° V).
- Le Centre Social offre une possibilité d'engagement : explication du manque de bénévoles dans la structure parce qu'*« on ne leur a jamais donné la possibilité de s'investir sur le processus, sur la réflexion »* (entretien n° VI).

²⁰⁵ Echange informel – seconde phase du terrain

À ces différentes acceptions du bénévolat, il faut ajouter les différents « niveaux de bénévolat ». Le questionnaire SENACS distingue 2 formes principales de bénévolat : le bénévolat d'activité et le bénévolat de gouvernance. Le bénévolat d'activité représente l'ensemble des bénévoles proposant et/ou portant une activité dans le Centre Social. Le bénévolat de gouvernance représente l'ensemble des bénévoles impliqués dans les instances du Centre Social.

Les Centres Sociaux fonctionnent sur un modèle assez classique de gouvernance associative (et ce, même pour les centres dont ce n'est pas le mode de gestion). On y retrouve donc un Bureau et un Conseil d'Administration. Ces instances ont pour but de piloter la structure, de décider de ses différentes orientations. Composées de bénévoles, ce sont des lieux d'expression du travail-associé qui fait la spécificité des Centres Sociaux. C'est-à-dire que l'équipe de professionnels est un soutien à la dynamique habitante, ce n'est donc pas l'équipe professionnelle qui est responsable de la conduite du Centre Social, elle est là pour guider et soutenir la gouvernance habitante de la structure. Par exemple, ce sont les membres du bureau du Centre Social qui portent la fonction d'« employeur », pas la direction professionnelle. Ainsi, en Pays de la Loire, 85 % des centres associent des habitants à une instance de gouvernance ou de pilotage (SENACS 2015). Tous les Centres Sociaux de l'échantillon présentent cette dimension de participation habitante. Les observations montrent que la majorité des bénévoles dans les Centres Sociaux, tous types de bénévolat confondus, sont des personnes retraitées.

3.1. S'engager dans le Centre Social : une continuité du parcours personnel

L'engagement bénévole dans les Centres Sociaux s'inscrit dans la continuité des parcours de vie des personnes. Comme c'était le cas pour l'entrée dans le Centre Social, le passage à la retraite est un facteur important dans l'entrée en bénévolat des personnes rencontrées.

Il s'agit d'une recherche d'activité, ainsi que d'une recherche de sens et d'utilité. L'engagement bénévole répond à un besoin d'être « en activité », peut-être plus qu'à un besoin d'être actif. C'est une nuance importante entre le besoin d'être actif identifié chez les personnes participant aux activités collectives et ce qui peut être exprimé par les bénévoles. L'engagement dans le Centre Social vient se substituer à l'ancienne pratique professionnelle en ce qu'elle va donner un cadre similaire (des responsabilités, des horaires, des réunions) (Caradec 2008) ou s'appuyer sur des compétences liées à l'ancienne profession.

3.1.1. Continuer son parcours

3.1.1.a. Continuité du parcours professionnel

Tous les bénévoles d'activités ne s'engagent pas dans l'encadrement d'ateliers correspondant à leurs anciennes professions, on va ainsi retrouver une ancienne ambulancière dans le portage d'un atelier couture. Néanmoins le lien entre l'activité professionnelle passée et l'activité portée est très fréquent. Les résultats de l'enquête usager montrent par exemple que parmi les 7 personnes se positionnant comme

bénévoles d'activité sur des ateliers couture, broderie ou patchwork, 4 sont d'anciennes couturières et 1 était professeure de couture. De la même manière, les ateliers de langues sont généralement menés par d'anciens professeurs de langues.

Le bénévolat se présente comme une manière de maintenir une identité construite au travers des la pratique professionnelle. C'est par exemple ce que l'on peut retrouver au travers des propos de ce bénévole, ancien professeur d'allemand, encadrant un atelier informatique : « *le passage à la retraite ça n'est simple pour personne [...] le plus dur c'est de se dire que l'on a tout ce savoir-faire qui ne sert plus à rien et on finit par se dire que l'on ne sert plus à rien non plus [...] là je continue à leur apprendre des choses, je sers à quelque chose* »²⁰⁶. Si le domaine d'enseignement a changé, ce bénévole retrouve une valorisation au travers d'un statut similaire à celui a occupé durant sa carrière : celui d'enseignant.

3.1.1.b. Un engagement local

L'engagement dans les Centres Sociaux attire un certain type de profils. Les adhérents et particulièrement les bénévoles d'activité ou de gouvernance présentent une familiarité avec des pratiques d'engagements. Environ un tiers des nouveaux adhérents ayant maintenu une activité au Centre Social un an après leur inscription sont ou ont été bénévoles dans d'autres structures que le Centre Social (voir tableau 44). Ce pourcentage atteint les 100 % en ce qui concerne les bénévoles représentants de l'association (bénévolat de gouvernance).

Tableau 44 : Je suis ou ai été bénévole dans une autre association ²⁰⁷

	Bénévole dans une autre association que le Centre Social
Nouvel adhérent/participant	33,3 %
Adhérent/participant	32,1 %
Bénévole d'activité	42,4 %
Bénévole représentant de l'association	100 %
Nombre total de répondants	55

Réalisation Juliette Michel 2019

Le bénévolat dans les Centres Sociaux s'inscrit dans une démarche plus large d'engagement et de militantisme local. Comme le soulignent les propos de ce directeur d'un Centre Social, les engagements de bénévoles en dehors du Centre Social se font dans des associations locales et non des mouvements nationaux ou des associations tiers-mondisme. « *Mais pareil [ce bénévole] est investi ailleurs : il est président de l'aéroclub, il est au Rotary, il est au machin, il ne sait plus où donner de la tête* » (entretien n° II). De plus, cette intégration du Centre Social parmi les modes d'engagement locaux est, pour certains, une clé d'explication des moyennes d'âge élevées des groupes de bénévoles dans les Centres Sociaux. L'engagement dans la vie locale correspondrait aux formes d'engagements des plus de 60 ans.

²⁰⁶ Echange informel – seconde phase du terrain

²⁰⁷ Auto-questionnaire SBE, 2^{ème} année – question fermée à choix multiple – 103 répondants

« C'est la réalité aussi de la société dans laquelle on est... [...] les statistiques que j'ai pu voir, c'est qu'aujourd'hui les jeunes ils s'impliquent plus dans l'humanitaire que dans les associations locales de quartier ou de leur ville, etc. Ils veulent avoir un engagement qui est différent... je dis peut-être des bêtises, mais leur engagement il est plus là-dedans.... c'est d'autre choix... les besoins ne sont pas forcément les mêmes » (entretien n° X)

3.1.1.c. Continuité du militantisme

Au-delà de permettre une forme de prolongement de l'activité professionnelle, le bénévolat dans les Centres Sociaux s'inscrit, notamment pour les bénévoles de gouvernance, dans la continuité d'un parcours d'engagement. Ce parcours peut revêtir différentes formes. Par exemple, lors d'une commission départementale bien-vieillir, on constate que tous les bénévoles présents ont précédemment été engagés dans des associations de parents d'élèves. De la même manière, la plupart des bénévoles engagés au niveau fédéral ont eu des expériences syndicales.

« Je dirais même que certains cumulent fortement. Ils ont quand même une culture de l'engagement la plupart, beaucoup ont au moins une autre association ou d'autres types d'instances, le syndicalisme... je pense à l'accompagnement scolaire, il y en a qui sont sur plusieurs associations... je crois que ça va de pair avec le bénévolat, ils sont souvent multi tête quoi... c'est une question de culture, de pratique d'habitude... il y en a beaucoup même, alors là je sais plus, mais à un moment j'avais le constat qu'on avait pas mal d'enfants de syndicaliste parmi les bénévoles, donc qui avaient été habitués » (entretien n° III).

En se basant sur ses acquis, l'engagement dans le Centre Social permet de s'inscrire dans une continuité qui vient aider à compenser les différentes ruptures à laquelle la personne doit faire face par ailleurs. La retraite fait bien sûr partie de ces ruptures, mais ce n'est pas la seule : « Je suis toujours venue [au Centre Social] pour des activités [...] quand mon mari est mort j'avais besoin de plus, j'avais besoin de m'occuper. Je suis venue de plus en plus souvent, jusqu'à finir au bureau. »²⁰⁸ Cette même bénévole explique que suite au décès de son mari, elle a dû changer de domicile, le Centre Social lui devenant ainsi plus familier que son nouvel appartement, elle s'y est d'autant plus investie : « il n'y qu'ici que je me sente bien, alors c'est normal que je donne de moi-même pour que ça continue à marcher ! ». L'engagement dans le Centre Social se fait via une certaine familiarisation à la structure ou à la pratique. Que ce soit dans le cas de la poursuite d'un engagement, la mise en œuvre ou la transmission d'un savoir-faire précédemment acquis ou l'attachement à la structure, l'engagement dans le Centre Social s'inscrit dans une continuité, une cohérence du parcours de vie.

²⁰⁸ Echange informel – seconde phase du terrain

3.1.2. Apprendre ou être utile ?

L'engagement dans les Centres Sociaux se présente également comme une forme de formation. L'une des missions de la Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France (FCSF) est de qualifier les acteurs (bénévoles et salariés) de son réseau. Pour cela, la FCSF développe une offre de formation à destination des bénévoles pouvant porter sur « *l'adaptation de la fonction aux nouveaux responsables de Centres Sociaux* » ou encore « *le modèle économique des Centres Sociaux* » (FCSF 2019). Ces formations s'adressent principalement aux bénévoles de gouvernance.

Ces formations sont appréciées des bénévoles qui y trouvent une opportunité de développement de compétences nouvelles. Elles leur permettent l'acquisition de compétences qui seront ensuite utiles à leurs pratiques au sein du Centre Social. Cela contribue à leur reconnaissance au sein de la structure, ainsi qu'auprès d'autres acteurs. À ce sens l'engagement dans la gouvernance se présente comme un vecteur de « *notabilisation* » (Cortéséro 2013). En s'inscrivant dans la trajectoire personnelle, les Centres Sociaux permettent de continuer à « utiliser » certaines aptitudes, tout en en développant de nouvelles. En prenant des fonctions au sein du Centre Social, l'individu prend des responsabilités, en tant qu'employeur ou porteur d'une parole politique du Centre Social et devient l'interlocuteur d'élus, de partenaires dans les actions de concertation.

Tableau 45 : Apports en termes de bien-vieillir identifiés par les bénévoles ²⁰⁹

	Bénévoles d'activités	Bénévoles dans une instance ou commission
Être ensemble, rencontre, lien social	8	6
Bien-être	5	4
Forme physique	1	1
Pratique d'une activité conviviale	2	0
Apprentissage et pratique d'une activité nouvelle	2	0
Sortir de chez soi	1	0
Occuper ses loisirs	1	1
Aider les autres	2	3
Échange	1	1
Prévention	1	0
Rien	0	0
Non réponse	1	0
Nombre de répondants	14	9

Réalisation : Juliette Michel 2019

Le bénévolat est alors une activité valorisant donnant un statut et une reconnaissance sociale particulière. Il ne s'agit pas uniquement d'une activité qui soit « utile pour soi » comme une activité

²⁰⁹ Enquête usagers – question ouverte recodée en choix multiples -

sportive pratiquée « *pour se maintenir* », d'un atelier patchwork « *pour se faire plaisir* » ou d'une activité sociale « *pour voir du monde* ». Bien que ces dimensions soient présentes dans la pratique du bénévolat, au travers du « *besoin d'avoir du contact avec les gens* »²¹⁰, le développement de compétences personnelles, etc., il s'agit de trouver une « utilité pour les autres ». On retrouve ici l'ambivalence entre valorisation d'une action de don et le plaisir tiré de cette action que formule Stéphanie Vermeesch (2004) :

« Les bénévoles expriment effectivement la contradiction qui peut exister entre le désintéressement constitutif de l'acte de don (Caillé, 1994), qui fonde une grande partie de la valorisation qu'ils tirent de leur engagement et l'intérêt supposé par la nécessité largement revendiquée du plaisir personnel éprouvé dans et par l'action. » (p.687)

Cette dimension d'utilité pour les autres est d'ailleurs plus citée comme apports de la pratique dans les Centres Sociaux au bien-vieillir des personnes bénévoles que la dimension d'apprentissage (voir tableau 45). De plus, près de la moitié des répondants ayant évoqué cette thématique « d'aider les autres » sont des bénévoles (5/9).

L'apport en matière de bien-vieillir n'est pas tant le développement de nouvelles compétences, de nouveaux savoirs, que la possibilité d'être utile aux autres. Cette proportion relativement faible de l'apport d'apprentissage est à mettre en lien avec la continuité du parcours. Dans ces trajectoires, le Centre Social se présente comme un lieu de mise en œuvre de compétences préexistantes plus qu'un lieu d'apprentissage de compétences nouvelles.

3.2. Le bénévole : l'ami de tous ou un professionnel particulier

3.2.1. Connaissance, amis et distance professionnelle

L'apport principal identifié par les bénévoles est le fait « d'être ensemble, rencontre, lien social », qui est mentionné par plus de 30 % des bénévoles d'activités ou de gouvernance. L'évolution du nombre d'amis et de connaissance après un an dans la structure des personnes impliqué dans la « vie associative » fait partie des évolutions les plus marquées (voir tableau 36 – II.6.1.2.3.a.). Quand on se penche sur l'évolution du nombre moyen d'amis et de connaissance après un an dans le Centre Social des bénévoles (voir tableau 46), on remarque une grande différence entre les bénévoles d'activités et les bénévoles de gouvernance.

Tableau 46 : Évolution du nombre moyen d'amis et de connaissance par statuts²¹¹

	Connaissances	Amis
Bénévole d'activité	10,15	4,21
Bénévole représentant de l'association	-5 ²¹²	0,5

²¹⁰ Issue d'entretien mené par Shani Galand – enquêtée : « Jeanne »

²¹¹ Comparaison entre les deux vagues de l'auto-questionnaire SBE-103 répondants

Adhérent/participant	7,54	3,86
Nouvel adhérent/participant	2,99	3,64
Non adhérent/participant	7,33	6,25

Réalisation Juliette Michel 2019

Le bénévolat d'activité génère plus de lien avec les autres adhérents quand le bénévolat de gouvernance lui a un effet minime, voire négatif sur le développement de lien avec les autres participants. Ces résultats, issus de l'auto-questionnaire, sont à confronter aux observations. Par exemple, l'évolution du nombre de connaissances d'un bénévole d'activité est d'environ 10 personnes, soit plus ou moins le nombre de personnes dans les activités techniques et manuelles²¹³ (qui sont les activités principales d'engagement de bénévoles d'activité). Ces activités sont particulièrement propices aux échanges et au développement de ce type de relations. L'engagement bénévole au sein d'une activité se fait directement en contact avec les autres participants. Dans certaines activités, notamment celle reposant sur l'échange de savoir, il est même difficile de distinguer le bénévole du participant par la simple observation.

À l'inverse, le bénévolat de gouvernance confère à l'individu un statut particulier au sein de la structure. Celui-ci, notamment celui de président, crée une distance avec le « simple » participant. Cela s'illustre par les propos de cette bénévole d'activité au sein d'une activité tricot : « *Par contre aujourd'hui mesdames on se tient, notre président vient nous voir* »²¹⁴. Cette réflexion, bien que lancée sur le ton de la plaisanterie, illustre cette place particulière du bénévole de gouvernance : il n'est pas un adhérent comme les autres. Dans certains Centres Sociaux, les bénévoles de gouvernance ne sont même pas des participants aux activités. Leur présence au Centre Social ne passe que par leur engagement au sein de la gouvernance.

« On a peu d'administrateurs qui font des activités dans les centres [...] La plupart sont vraiment accaparés par la fonction d'administrateur. [...] je suis obligé parfois de rappeler où en sont les différentes activités du centre, où on en est dans le projet proprement, parce qu'ils auraient tendance à être plus axés sur les finances les conventionnements, les relations avec la collectivité » (entretien n° III).

Ce manque d'implication dans l'activité du Centre Social par les administrateurs peut faire l'objet d'une vigilance particulière.

« Ici, on a imposé que chaque membre du CA participe à une commission. Parce qu'on avait, on a encore, des personnes qui sont un peu déconnectées de la vie du centre. Ils sont là depuis des années, mais ils ne font plus d'activité au Centre Social, ils savent plus trop ce qui s'y passe. [...] À partir du moment où on n'est plus au fait de ce qui s'y passe, c'est difficile de prendre des

²¹² Pour les bénévoles de gouvernance, le nombre moyens de connaissances dans le Centre Social à diminuer d'une année sur l'autre

²¹³ Les ateliers techniques et manuels observée présentaient entre 7 et 16 participants.

²¹⁴ Propos recueillis lors d'un atelier tricot – seconde phase du terrain

décisions de manière objective quoi.... Et l'idée c'est de pouvoir au moins participer à une activité ou à une commission pour ne pas être complètement déconnecté de la réalité du Centre Social... » (entretien n° II).

Il ressort une autre particularité des relations construites par les bénévoles de gouvernance : pour certains de ces bénévoles, elles s'inscrivent dans une forme de professionnalisme. On retrouve ici l'idée d'un engagement pour « rester en activité ». L'engagement dans la gouvernance d'un Centre Social est un engagement très demandant en termes de compétences et de temps. Les responsabilités portées par le bénévole sont très proches d'une pratique professionnelle. Le vocabulaire utilisé par ces bénévoles pour parler de leur pratique s'inscrit dans un champ lexical professionnel. Ils parlent de « *job* », de « *leur poste* », d'un « *boulot de représentation* » et de leurs « *responsabilités* ». De nombreuses formations à destination des bénévoles de gouvernance portent sur des sujets très « professionnels » comme la « *gestion financière des Centres Sociaux* ».

Cet aspect professionnel se retrouve dans les relations que ces bénévoles vont nouer avec les autres adhérents. Au cours d'un entretien, un bénévole de gouvernance explique avoir peu d'amis Facebook issus des Centres Sociaux, car il a « *voulu séparer ce côté personnel de ce côté professionnel* »²¹⁵. Il ne s'agit plus de développer des relations amicales, mais de relations rentrant dans le cadre particulier de l'exercice d'une fonction au sein du Centre Social.

3.2.2. Une forme de bénévolat difficile d'accès

L'engagement dans la gouvernance d'un Centre Social suppose un certain niveau de compétences afin de répondre aux besoins de la structure ainsi qu'aux attentes des professionnels. Cet extrait d'un entretien avec un directeur de Centre Social vient illustrer cette double question des compétences nécessaires et des attentes des professionnels vis-à-vis des bénévoles de gouvernance.

« [le président actuel du Centre Social] je l'ai toujours connu aussi, il était vice-président et puis il est devenu président par la force des choses et aussi parce que personne ne s'est proposé, mais ce n'est pas du tout la même personnalité [que l'ancien président] donc voilà... on n'est pas au même niveau... intellectuel, ce n'est pas péjoratif, mais voilà [l'ancien président] c'était vraiment un politique, quelqu'un qui avait de la réflexion, un littéraire [...] donc c'est quelqu'un qui avait un savoir-faire, un savoir-être, une capacité intellectuelle.. ; qui était, vraiment l'idéal de ce que l'on attend d'un président.... Après [le nouveau président] ce n'est pas du tout la même chose, il est... c'est un ancien paysan donc il n'a pas cette éducation, cette culture, qu'avait [l'ancien président] c'était un ancien ouvrier, mais il avait fait énormément de choses pour évoluer.... Donc on n'a pas la même symbiose qu'il a pu y avoir à l'époque.... Et... des fois il faut que je sorte les avions comme on dit... avec [l'ancien président] quand on allait quelque

²¹⁵ Issue d'entretien mené par Shani Galand – enquêté : « Richard »

part, il pouvait y aller tout seul je n'avais aucune inquiétude... c'est pas facile quand vous avez un président dont vous n'êtes pas sûr à 100 % de ce qu'il va dire, des fois dans les réunions il faut quand même réfléchir avant de causer.... On a pignon sur rue, on est une grosse association, on représente quand même quelque chose... on ne peut pas non plus... il faut être au niveau auquel on nous attend voilà ! On attend d'un président d'un Centre Social qu'il soit en capacité d'avoir une position une vision des enjeux, une vision des stratégies... Quand ce n'est pas le cas, c'est un peu plus difficile » (entretien n° X).

Dans certains Centres Sociaux, les spécificités de la pratique « d'administrateurs » du Centre Social, ont conduit les bénévoles à former un groupe très soudé et stable dans le temps.

« En même temps les difficultés rencontrées font que les acteurs qui administrent le centre se sont un peu consolidés en petit nombre (...) peu ouvert à d'autres parce qu'il y a des enjeux tellement forts qu'il faut vraiment être au taquet, serrer les coudes, être présent, être engagé » (entretien n° IV).

Dans ces centres, il y a très peu de renouvellement au sein de ces instances et il semble même que l'intégration d'un nouveau membre viendrait mettre cet équilibre en péril.

3.3. De l'envie d'être utile à l'épuisement bénévole

Les bénévoles, que ce soit dans l'activité ou la gouvernance, sont des personnes particulièrement investies et ce dans différentes formes d'engagement. *« C'est souvent le syndrome, ceux qui s'engagent ils s'engagent quoi ! Ils ne rigolent pas, ils y vont à fond dans plusieurs associations »* (entretien n° VII). Cette multiplicité des engagements s'explique, entre autres par l'envie d'aider les autres identifiée dans les apports du Centre Social, ainsi que celle d'« être utile » qui ressortait dans les définitions du bien-vieillir données par les adhérents (4 des réponses sur 93 comportent cette dimension). Les personnes identifiant le fait d'« être utile » comme constitutif du bien-vieillir ne sont pas celles qui identifient « aider les autres » comme un apport du Centre Social. Ce sont néanmoins des personnes engagées dans la vie associative en dehors du Centre Social.

3.3.1. L'utilité sociale : une injonction ?

Cette envie d'être utile et d'apporter à autrui est souvent associée à l'idée de bien-être, que ce soit du côté de la parole de la personne de plus de 60 ans que du côté des professionnels des Centres Sociaux. Du côté des bénévoles, cela passe par la valorisation qui accompagne l'engagement bénévole. Cette valorisation du parcours, des compétences et finalement de la personne en elle-même contribue au sentiment de bien-être : *« Là [au Centre Social] je sers à quelque chose, à quelqu'un... sinon je ferais*

quoi de mes journées ? Je resterais chez moi à regarder la télé en attendant la fin ? Non ce serait bien trop déprimant »²¹⁶.

De la même manière, de nombreuses définitions professionnelles associent l'idée d'utilité sociale au Bien-vieillir. Cela va se retrouver au travers des dimensions de « reconnaissance » (considérer la personne âgée comme une ressource) ou d'« acteur » (personne âgée active, impliquée) (voir partie II chapitre 5-2.2) ou ce type de réflexions : « *Le bénévolat est une possibilité pour les retraités de poursuivre leur vie sociale en se rendant utile, mais surtout en renforçant leur réseau social.* » « *Répondre au mieux aux besoins, demandes et envies des habitants avec la philosophie suivante : passer de la personne âgée qui a besoin à celle qui donne* »²¹⁷.

La mise en avant d'une utilité pour autrui pousse à ignorer l'utilité pour soi, qui pourtant a également des effets positifs en termes de bien-être et de développement de lien social. La retraite n'est plus seulement un temps de loisir, mais un temps où l'on est utile, où l'on doit être utile.

3.3.2. Les risques du surinvestissement

Cette mise en avant de l'utilité sociale, bien que génératrice d'un bien-être chez certains, peut avoir des effets contreproductifs sur le bien-vieillir. C'est ce qu'exprime un psychologue des âges de la vie : « *On est dans une époque où, si on n'est pas dans les standards de la performance, si on ne produit pas des biens ou des services, si on n'est pas utile, on est déclassé. Et je vois beaucoup de retraités qui s'épuisent à vouloir rentrer dans cette standardisation* » (entretien n° XXI). Pour lui, la multiplicité des engagements bénévoles s'inscrit dans cette recherche d'utilité afin de ne pas être mis en retrait de la société. « *Il y a cette idée prégnante qu'un "bon vieux", c'est un vieux utile, quelqu'un qui va transmettre, qui va donner du temps pour les autres, qui va s'occuper des autres générations* »²¹⁸.

Dans leur recherche d'utilité, les bénévoles des Centres Sociaux prennent le risque de s'épuiser. Si cette réalité peut transparaître dans les discours de professionnels : « *du coup [les bénévoles] donnent énormément d'heures avec le risque d'une certaine lassitude et de fatigue* » (entretien n° VII) ; elle est surtout rendue lisible par les cas de « burn-out » de bénévoles. Au cours des 3 ans d'observations, une dizaine de cas de burn-out nous ont été racontés. Il s'agit de bénévoles, généralement de gouvernance, qui se retrouvent à prendre un temps de pause dans leurs engagements à cause d'un trop grand stress ou d'une trop grande fatigue. « *Je suis à la retraite depuis des années et mon médecin m'a conseillé un arrêt de travail... là je me suis dit qu'il fallait peut-être que je prenne un peu de recul* »²¹⁹.

²¹⁶ Propos recueilli lors d'un atelier scrabble – seconde phase du terrain

²¹⁷ Réponses issues de l'auto-questionnaire sur la pratique professionnelle.

²¹⁸ Yves clerc, psychologue des âges de la vie, lors de l'animation d'un débat dans un Centre Social – seconde phase du terrain

²¹⁹ Propos d'un bénévole de gouvernance recueillis lors d'un entretien informel

Les résultats de l'enquête usagers montrent que plus de la moitié des bénévoles d'activités et un tiers des bénévoles de gouvernance consacrent plus de 8 heures par semaine dans le Centre Social, soit l'équivalent d'une journée de travail (voir tableau 47). Les 10 répondants déclarant consacrer plus de 14 h par semaine au Centre Social sont tous des bénévoles, la moyenne de temps estimé pour ce groupe est de 24,5 h, soit 0,7 équivalent temps plein.

Tableau 47 : Environ combien de temps par semaine passez-vous au centre ou à des activités liées au centre social ?²²⁰

	Non-réponse	1 h	1 h à 2 h	3 à 4 h	5 à 7 h	8 à 14 h	Plus de 14 h
Non-réponse	50 %						50 %
Nouvel adhérent	17,6 %		64,7 %		11,8 %	5,9 %	
Adhérent	6,8 %	6,8 %	27,4 %	35,6 %	8,2 %	8,2 %	6,8 %
Bénévole sur une activité			28,6 %	14,3 %	21,4 %	21,4 %	28,6 %
Bénévole dans une instance ou une commission		11,1 %		33,3 %			33,3 %

Réalisation : Juliette Michel 2019

L'importance de ce volume horaire ainsi que les cas d'épuisement des bénévoles sont à relier à l'exigence du bénévolat dans les Centres Sociaux, mais également au comportement de certains de ces bénévoles :

« La transmission des fonctions ou le partage des responsabilités entre bénévoles, c'est assez difficile à travailler parce qu'il y a des gens qui perdent leurs capacités, qui sont trop fatigués... Ils ont des responsabilités dans le Centre Social qu'ils ne peuvent plus assumer, mais les mettre de côté c'est une petite mort ! Après une mort professionnelle, il y a une mort du projet bénévole... (...) C'est difficile parce qu'il n'est pas question de mettre dehors des gens qui ont envie... et qui en ont besoin parfois ! Chez certains, au bout d'un moment, c'est un besoin, leur vie c'est [le Centre Social] pour certains » (entretien n° XV).

Le désengagement s'inscrit alors dans une forme de renonciation à l'exercice de ces compétences, d'un statut qui venait nourrir le sentiment de bien-être généré par l'engagement. Il s'agit finalement d'une seconde retraite suite à laquelle l'inscription le Centre Social ne joue plus le rôle qu'il avait pu avoir à la suite de la cessation de l'activité professionnelle.

L'une de nos observations dans un Centre Social s'est effectuée la semaine du décès d'un ancien administrateur. À cette occasion, une carte de condoléances pour la famille ainsi qu'une cagnotte pour acheter une couronne de fleurs ont tourné dans le Centre Social. Une bénévole explique :

²²⁰ Réponse à l'enquête usagers – 93 répondants – réponse ouverte recodée. Les bornes ont été établies à l'aide d'un histogramme de fréquence.

« Il était tout le temps là. Et puis il est tombé malade, vraiment malade. Il a mis du temps à se remettre. C'est vrai que pendant cette période-là on n'a pas été trop présent. Tu fais une carte de bon rétablissement, tu vas le voir si tu as le temps, mais bon, la vie continue, on a toujours les activités, les projets, le centre à faire tourner ! Il s'est remis. Il passait [au Centre Social] de temps en temps pour dire bonjour, mais il ne s'est pas réinscrit. Je pense que, puisqu'il avait plus l'énergie de faire ce qu'il voulait, autant faire complètement une croix dessus. Je ne sais pas, mais je pense que c'est ça, en tout cas moi je ferais ça... [...] on organise un covoiturage pour le funérarium [...] je pense que ça fera plaisir à sa femme de voir qu'il y a du monde, que tout ce qu'il a fait pour [le Centre Social] n'a pas été oublié. Puis moi je me dis que le jour où je meurs ça me fera plaisir qu'il y ait les gens [du Centre Social]. [...], mais c'est vrai, on en discutait hier avec [d'autre bénévole] entre le moment où il a arrêté [le Centre Social] et le moment où il est mort, on n'a pas fait grand-chose pour lui »²²¹.

Ce témoignage permet de réinterroger le bénévolat comme un moyen de nouer des relations amicales au-delà des simples connaissances au sein du Centre Social. Il souligne les manques en termes d'accompagnement dans des situations de perte d'autonomie ou de maladie. Si le Centre Social se positionne comme ressources pour faire face à certaines ruptures biographiques, comme la retraite ou le veuvage, l'entrée dans "le grand âge", la vieillesse dépendante ou pathologique ne sont pas accompagnées.

Conclusion du chapitre 6

La participation sociale des aînés dans les Centres Sociaux prend des formes différentes. Il est essentiel de préciser que la population des Centres Sociaux est particulière et que les apports, limites et besoins à l'origine de ces activités sont spécifiques à ce public. Avec une autre partie de la population de plus de 60 ans les résultats seraient probablement différents. On constate d'ailleurs que ces activités ne sont pas accessibles à tous que ce soit par des effets d'"entre-soi" ou par la spécificité des pratiques de bénévolats de gouvernance.

Afin de synthétiser les apports de la participation sociale des aînés dans les Centres Sociaux, il est possible de reprendre le cadre conceptuel des espaces de bien-être proposé par Sébastien Fleuret et Sarah Atkinson (2007 — voir partie I chapitre 3 – 3.2.2) (voir figure 35).

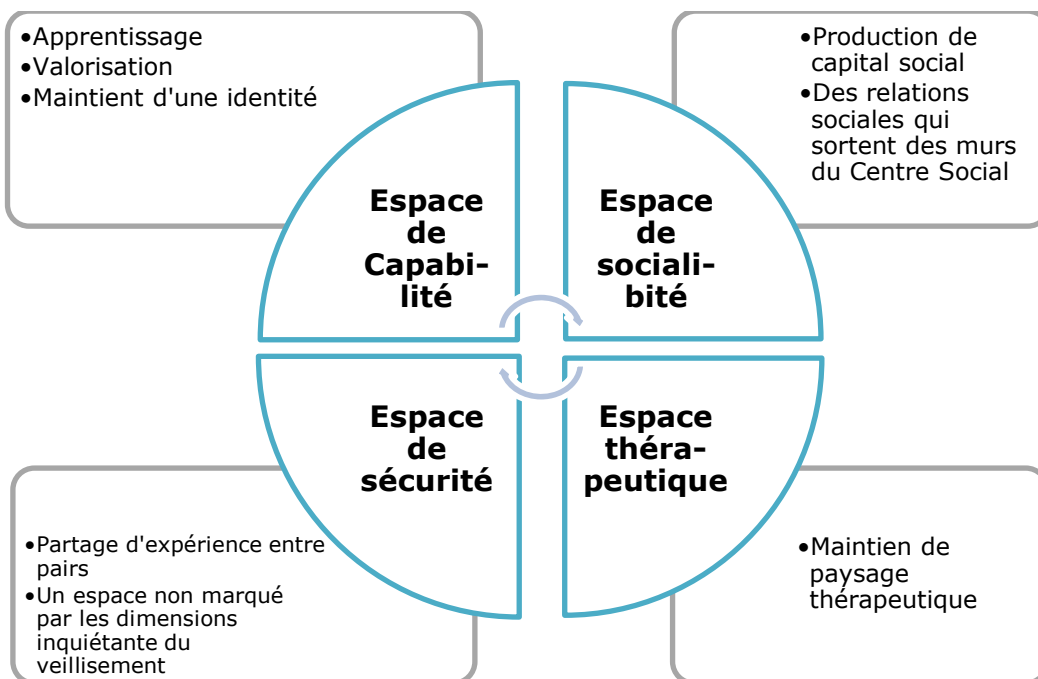
La première dimension est celle des Centres Sociaux comme des espaces de sociabilité, rendue évidente par la dimension collective de la majorité des activités. Si les apports de la consommation de services et d'activité en matière de création de capital social d'un côté et les limites du bénévolat sur le même aspect de l'autre permettent de nuancer cette évidence. Ces espaces de sociabilités ne sont pas

²²¹ Propos recueillis lors d'un échange informel – seconde phase du terrain

nécessairement liés à l'espace du Centre Social en lui-même. Les actions en dehors du Centre Social, que ce soit le jardinage ou le transport, participent à cette sociabilité (la question de la sociabilité dans le Centre Social, de l'appropriation de l'espace par les groupes d'activité est traité dans la partie III chapitre 7 – 2.2.2). Par sa dimension d'apprentissage, de valorisation des savoirs et de mise en œuvre de ces savoirs, les Centres Sociaux se présentent comme des espaces de capacités. Ils offrent des espaces de réalisation personnelle, que ce soit par le maintien d'une identité personnelle liée au parcours de l'individu ou par la pratique d'une activité pour son plaisir.

À côté de ces deux dimensions, on constate que les Centres Sociaux participent aux deux autres dimensions des espaces de bien-être : les espaces thérapeutiques et les espaces sécurités. La dimension du maintien de paysage thérapeutique est principalement illustrée par les activités de jardinage (elle se retrouve également dans les réflexions des Centres Sociaux sur leurs locaux, voir partie III chapitre 7 – 2.2). Enfin, le Centre Social se présente comme un espace de sécurité, ce qui s'illustre notamment au travers de la question du veuvage et de l'apport du Centre Social pour ces personnes. Le Centre Social se présente comme un lieu d'échange sur les réalités de cette situation où l'échange permet de se rassurer. De plus, la question de l'intergénérationnel notamment sur le rapport au grand âge traduit aussi cette dimension. La difficulté de fréquenter des générations plus âgées, le grand âge et le fait que le Centre Social ne se présente pas comme une structure pour "personnes âgées" permet d'avoir un espace qui ne présente pas l'aspect du vieillissement qui inquiète ces usagers.

Figure 35 : Les Centres Sociaux et les espaces de bien-être



Reprise du cadre de Fleuret et Atkinson 2007 - Réalisation : Juliette Michel 2019

Conclusion de la Partie II

Que dire alors du bien-vieillir pour et dans les Centres Sociaux ? Un premier point d'importance est de prendre le bien-vieillir en tant qu'appellation avant d'être un ensemble d'actions avec leurs effets et limites.

Reprenons la tension qui traverse l'histoire des Centres Sociaux entre dynamique endogène et exogène. Si les actions « vieillissement » dans les Centres Sociaux peuvent être considérées comme endogènes, en ayant toujours fait partie, le bien-vieillir est lui une dynamique essentiellement exogène. Cette origine externe du terme, cette labellisation d'actions existantes génère une réaction de militance dans les Centres Sociaux, qui le redéfinissent, construisent des axes et des principes de l'action se basant sur leurs pratiques antérieures.

Le développement d'actions qualifiées bien-vieillir dans les Centres Sociaux découle de trois facteurs et la combinaison de ces facteurs conduit à un positionnement très ambigu. La réalité démographique conduit les Centres Sociaux à développer des actions orientées vers les plus de 60 ans. De plus, les Centres Sociaux expriment une volonté de diversification de leurs lisibilités afin de s'éloigner de leur image de structure dédiée à l'enfance-jeunesse-famille. Enfin, le contexte politico-partenarial conduit à stratégiquement adopter un vocabulaire nouveau, au sein duquel on retrouve le bien-vieillir. Cela conduit à l'affichage du bien-vieillir, au développement de plus en plus fréquent d'actions bien-vieillir, mais à un rejet du terme par les professionnels des Centres Sociaux.

Dans la compréhension des professionnels du bien-vieillir, il apparaît un poids important de la santé et cette dimension-là est souvent mise en avant pour mettre de la distance entre les Centres Sociaux et le bien-vieillir. Cela traduit, entre autres, un manque de connaissance et de formation sur la santé dans sa dimension globale et les déterminants sociaux de la santé alors que ces aspects sont ceux sur lesquels les Centres Sociaux ambitionnent d'agir (action sur les liens, les réseaux sociaux et communautaires). Cette distance entre Centre Social et bien-vieillir ne se retrouve pas du côté des adhérents de plus de 60 ans, au contraire, ils sont une large majorité à considérer que le Centre Social participe à leur bien-vieillir. Il y a donc un décalage non seulement entre l'affichage bien-vieillir à différentes échelles fédérales et son recours et compréhension à l'échelle des Centres Sociaux, mais entre le discours des acteurs et la perception des usagers.

Il est important de prendre en compte qui sont ces usagers afin de mettre cela en regard avec le bien-vieillir, c'est pourquoi cette partie commence avec une présentation rapide de leurs caractéristiques sociodémographiques. Le fait que ce public soit constitué de jeunes retraités de la classe moyenne qui ne font pas face à des problématiques liées à une perte d'autonomie est un facteur à la compréhension de ce qu'est le bien-vieillir dans les Centres Sociaux. D'une certaine manière, on peut comprendre le bien-

vieillir dans les Centres Sociaux comme s'inscrivant dans le mouvement de la seniorisation (voir partie I chapitre 2 – 3.1.1). C'est-à-dire qu'il s'agit de la proposition d'activités centrées sur les jeunes retraités autonomes, prônant une vision d'une vieillesse positive stéréotypée.

En s'élevant contre une vision homogénéisée d'une vieillesse dépendante, les Centres Sociaux tendent vers une forme de gérontologisme (voir partie I chapitre 2 – 3.2.2.b) en se concentrant sur une vieillesse en pleine capacité, active et autonome. Mais cette vieillesse correspond à leur public, à ce que les personnes de plus de 60 ans dans les Centres Sociaux recherchent. C'est aussi sur ce public que les Centres Sociaux sont compétents. Les questions du handicap, de la perte d'autonomie ou du grand âge soulignent des limites des en termes de compétences sur un public de plus de 60 ans plus diversifié.

La proposition d'activité des Centres Sociaux répond aux besoins et à ce que les usagers de plus de 60 ans en attendent. Ces activités suscitent différentes formes de participation sociale des aînés qui concourent au bien-vieillir. Au-delà des limites formulées quant à la question de l'accès à ces activités, les formes de participations les plus collectives ou militantes ne sont pas nécessairement celles qui produisent le plus d'effets. La participation sociale, mise en avant dans le bien-vieillir, est effectivement une dimension importante, mais peut avoir des effets contreproductifs, que ce soit en termes de prévention ou de surinvestissement des bénévoles. Il faut noter l'importance de la manière de nommer les activités pour encourager cette participation, qui vient faire écho au débat du réseau sur l'usage du terme bien-vieillir.

Le bien-vieillir pour les Centres Sociaux confronte l'affichage d'un terme pour gagner en visibilité sur et pour un développement partenarial et un débat sur l'usage et le sens du terme, qui conduit à affirmer des principes d'action sans offrir une lisibilité à celle-ci. À côté de cela, le bien-vieillir dans le Centre Social rentre dans les ambitions générales du bien-vieillir, avec le développement de propositions de prévention physique et sociale décentrées des vieillissements pathologiques et la mise en avant de la participation sociale. Ce positionnement ambigu des Centres Sociaux a des répercussions sur leur lisibilité, leur visibilité et leur reconnaissance comme de possibles acteurs gérontologiques (voir partie III chapitre 8).

Partie III : Les Centres Sociaux : acteurs de la proximité ?

Introduction de la Partie III	283
Chapitre 7 : Territoire et proximité dans les Centres Sociaux	285
Introduction	285
1. Le territoire, l'usager et l'habitant	286
2. Proximité et appropriation des espaces	304
Conclusion du chapitre 7	325
Chapitre 8 : Intégrer un système d'acteur : les Centres Sociaux face à l'action gérontologique	329
Introduction	329
1. Centres Sociaux et acteurs gérontologiques	332
2. Financement, concurrence et disparités locales	345
3. Placer les Centres Sociaux dans le paysage de l'action gérontologique	355
Conclusion du chapitre 8	368
Conclusion de la Partie III	370

Introduction de la Partie III

Après la deuxième partie portant le regard dans les Centres Sociaux, cette dernière partie propose un regard sur les Centres Sociaux. Il s'agit de se pencher sur la dimension territoriale des Centres Sociaux, que ce soit par la relation au territoire, la proximité ou de leur place au sein d'un système d'acteurs territorialisés (voir tableau 48).

Tableau 48 : Axes de recherche de la partie III

Questions de recherche	Axes	Chapitres
Quel est le rôle, la place du territoire dans la pratique des Centres Sociaux ? Comment la démarche de diagnostic du projet social oriente-t-elle l'action des structures ? Dans le quotidien des structures, existe-t-il une différence entre l'usager et l'habitant ?	La question du territoire dans les Centres Sociaux	Chapitre 7
En quoi alors les actions répondent-elles à des problématiques identifiées sur le territoire ? Comment ces problématiques sont-elles identifiées ?		
Comment les Centres Sociaux, via leur action territoriale, se proposent-ils d'être des « <i>partenaires des pouvoirs publics</i> » sur la question du vieillissement ? Quel regard portent les pouvoirs publics en question sur les Centres Sociaux ? Quel est, ou peut-être, le rôle des Centres Sociaux dans l'action publique autour du vieillissement ?	Les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteur du bien-vieillir	Chapitre 8
Quelle est la place que peuvent prendre les Centres Sociaux ? Comment s'intègrent des acteurs d'animation globale et collective dans un champ historiquement structuré autour d'une intervention sectorisée et individuelle ?		
Comment se placent les Centres Sociaux entre ces différents courants, qui coexistent et positionnent les acteurs locaux ? Sont-ils intégrés et reconnus par d'autres acteurs ? Sur quoi porte cette reconnaissance, si elle existe ? Quels peuvent être les freins à cette reconnaissance ? Existe-t-il des différences départementales ?		
L'action « vieillissement » des Centres Sociaux est-elle une action endogène ou exogène ? Par qui, comment et pourquoi est-elle définie ?	Bien-vieillir pour les Centres Sociaux	Chapitre 5
En quoi la culture professionnelle des Centres Sociaux joue-t-elle un rôle dans leur proposition en termes de vieillissement ?		
Quelles implications, l'intégration des Centres Sociaux a sur leurs pratiques dans un contexte prompt à l'isomorphisme institutionnel ?		
Evaluer l'impact de l'action des Centres Sociaux en termes de Bien-vieillir revient à comprendre en quoi est ce qu'ils donnent la possibilité de participer.	Bien-vieillir dans les Centres Sociaux	Chapitre 6
Quelle perspective doit-on alors mettre en avant pour qualifier le bien-vieillir ?		
Quelles sont ces activités ? Pour qui et par qui sont-elles pensées ? Quelles sont leurs traductions en termes de bien-vieillir ? Aux besoins de quelles populations répondent-elles ? Sont-elles accessibles à tout type de population ?		

Réalisation : Juliette Michel 2019

La dimension locale des Centres Sociaux mérite d'être interrogée et conduit à aborder la réflexion autour de la question du territoire dans les Centres Sociaux. En portant un regard sur la pratique des Centres Sociaux, la dimension territoriale des celle-ci et les liens entre les lieux et les territoires, la question du territoire met en avant des questions d'outils, de résistance professionnelle et d'appropriation des locaux (**chapitre 7**).

Il s'agit ensuite de comprendre comment les Centres Sociaux sont perçus et le regard que d'autres acteurs portent sur ces structures. Cette analyse se fait dans la perspective de positionner des Centres Sociaux en tant qu'acteur gérontologique (**chapitre 8**). Cela permet de comprendre comment un acteur

de l'animation globale peut s'intégrer dans un champ, historiquement structuré autour d'une intervention médicosociale. Placer les Centres Sociaux conduit à dégager des tendances et des enjeux plus larges, touchants d'autres acteurs impliqués dans l'action gérontologique générale et le bien-vieillir en particulier. Cette analyse permet de mettre en avant les différentes échelles dans lesquelles s'inscrivent ces différents acteurs et tout particulièrement la dimension locale des Centres Sociaux.

Chapitre 7 : Territoire et proximité dans les Centres Sociaux

Introduction

Les Centres Sociaux se sont toujours inscrits dans des espaces précis, de l'intervention en « bonnes voisines » au territoire d'agrément (voir partie I chapitre 1 – 1.2). Au cours de leur histoire, l'ancrage territorial des Centres Sociaux a été mis en avant pour traduire leurs proximités, leurs liens avec les populations qui les fréquentent. Ce lien avec le territoire et les populations ciblées par l'intervention est une des tendances de fond de structuration du nouveau paysage de l'action gérontologique : la territorialisation (Argoud 2016 b, Gucher 2015 - voir partie I chapitre 2 – 3.1.1).

Cette territorialisation passe, entre autres, par la mise en place de diagnostics de territoire. Le recours au diagnostic de territoire émerge avec la décentralisation. Ils mettent l'accent sur l'importance des spécificités locales dans le développement de projets d'urbanisme ou d'aménagement. Ils sont « *le préalable à toutes procédures territoriales et, de plus en plus, à toutes actions de développement* » (Lardon, Piveteau et Lelli 2005). Le diagnostic de territoire est un outil d'aide à la décision qui a pour fonction de formuler des constats et des pistes d'actions sur un territoire en se basant sur la production d'une connaissance sur une situation localisée. Par exemple, le développement des programmes d'action des Conférences des financeurs se base sur un diagnostic de territoire préalable (voir partie III chapitre 8 – 2.2.3). Les projets sociaux des Centres Sociaux tiennent aussi du diagnostic de territoire puisque c'est la construction d'« *un projet de territoire qui promeut une dynamique de développement, de changement, de transformation et de progrès, dans lequel chaque acteur se reconnaît* » (CAF, 2010).

Le bien-vieillir, sa construction et sa promotion s'inscrivent dans une échelle locale afin de comprendre le vieillissement comme un processus, la globalité de la trajectoire de vie et l'importance de l'environnement de vie des personnes (voir partie I chapitre 2 – 3.3). De nombreuses démarches de bien-vieillir, notamment le dispositif Villes Amies des Aînés, reposent sur la mise en place de consultations et de participation afin d'agir au plus près des besoins exprimés. Ce type de démarche permet de mettre en place des actions ciblées en se basant sur les besoins exprimés d'un groupe de personnes et constitue en cela des pratiques de diagnostics de territoire.

Le discours autour de l'action vieillissement des Centres Sociaux s'est construit par la mise en avant des certains axes (voir partie II chapitre 5 – 1.1). L'argumentaire des Centres Sociaux repose sur le territoire et l'inscription de l'action dans la proximité, que ce soit au travers du développement social local ou du rôle des habitants au sein des structures. L'objectif de ce chapitre est donc de se pencher sur ces dimensions territoriales. Autrement dit, comment s'inscrit l'action d'un Centre Social au sein de son territoire ? Comment ce territoire est-il approprié par les personnes fréquentant le Centre Social ? Quelles

influences ont les spécificités d'un territoire sur le développement des actions d'un Centre Social? Comment se construit un sentiment d'appartenance, d'une identité collective reposant sur les spécificités du Centre Social en tant que lieu, espace ou territoire?

Pour cela, ce chapitre mobilise les analyses des projets sociaux et des fichiers adhérents (voir partie I chapitre 4 - 1.3) ainsi que les observations dans les Centres Sociaux (voir partie I chapitre 4 – 2.1.2). Ces éléments poussent à distinguer deux dimensions. La première est la question du territoire. Quel est le rapport au territoire dans les Centres Sociaux quand les observations et les analyses montrent une très faible appréhension de celui-ci? Dans quelles mesures est-il connu? Quels sont les usages du territoire dans les Centres Sociaux? (**III.7.1.**) La seconde dimension est celle de la proximité. Comment se traduit la proximité annoncée dans la pratique des Centres Sociaux? Comment s'inscrit-il dans les habitudes ou le paysage? (**III.7.2.**) Bien que partant d'une question sur le bien-vieillir, les éléments de ce chapitre présentent une réflexion plus large autour des habitants et des usagers sans spécificité d'âge²²².

1. Le territoire, l'utilisateur et l'habitant

Introduction

Il a été difficile de trouver un rapport au territoire qui soit formulé de manière explicite au cours des observations ou dans les documents produits par les Centres Sociaux. Le territoire s'entend principalement au sens du périmètre de l'agrément CAF. Pour traduire le lien entre le Centre Social et son territoire, il sera préféré la notion d'habitant (voir partie I chapitre 1 - 1.2.3). Le lien entre territoire et Centres Sociaux passe donc par une compréhension de la place de l'habitant dans l'élaboration du projet social.

Une distinction est à faire entre l'habitant et l'utilisateur, car les deux termes sont utilisés pour des raisons différentes et qualifient deux populations (**III.7.1.1**). La distinction de ces populations conduit à s'interroger sur les outils de connaissance de chacune dont disposent les Centres Sociaux et de ce que cela traduit de la pratique du diagnostic de territoire (**III.7.1.2**). Entre usagers, habitants et territoire, la question qui se pose finalement est celle de la capacité des Centres Sociaux à proposer une action territorialisée (**III.7.1.3**).

²²² De plus, la disponibilité des données sur l'âge des usagers des Centres Sociaux ne permet pas de faire une lecture spécifique de la répartition spatiale des usagers de plus de 60 ans.

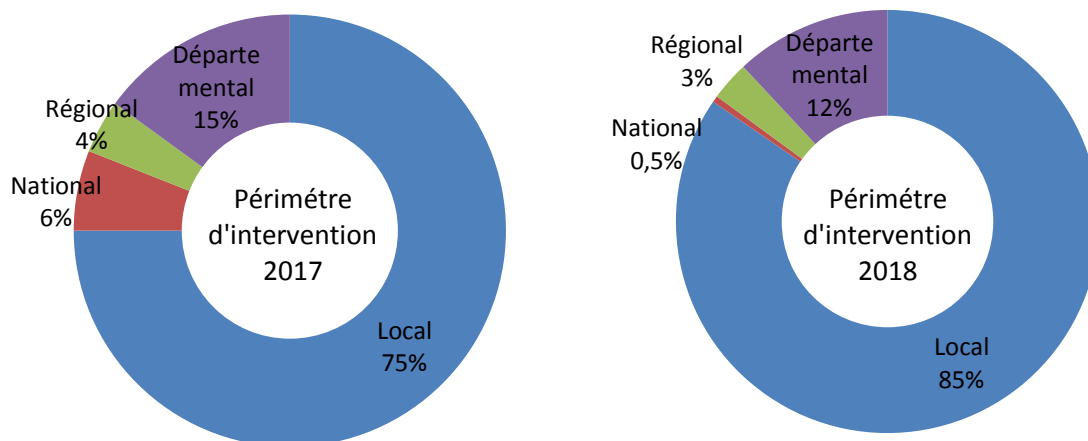
1.1. Définir l’habitant : entre question de participation et de proximité

1.1.1. Habiter : s’inscrire dans une échelle locale

La dimension de proximité du Centre Social se traduit régulièrement par la mise en avant de l’habitant. « On met vraiment l’habitant au cœur de la démarche, ça permet d’être au plus près de leurs besoins » (cadre fédéral – échange informel)²²³. Qu’est-ce qui est entendu par « les habitants » ? Les personnes domiciliées à proximité du centre social ? Les résidents de la commune ? Les participants actifs au Centre Social, s’opposant à la figure de l’usager passif (voir partie II – chapitre 6 – 1.1.1) ?

L’intégration des habitants, si ce n’est de leur participation, ne se trouve pas seulement dans les Centres Sociaux. Lors des « Ateliers de la prévention de la perte d’autonomie en Maine-et-Loire »²²⁴, un des ateliers de travail était intitulé : « Participation des habitants à la construction des actions ». Est-ce que l’on considère la même population ? Un « Habitant » à l’échelle d’un Centre Social est-il le même habitant que lorsqu’il est mentionné dans une réunion départementale ?

Figure 36 : « Concernant le périmètre d’intervention des porteurs »²²⁵



Source : Ateliers de la prévention de la perte d’autonomie en Maine et Loire, 22 novembre 2018

Lors de cette journée départementale, les réflexions tournaient autour de l’implication des personnes de plus de 60 ans dans le développement d’actions les ciblant. Il est alors entendu par « habitant » une personne non professionnelle, non précédemment impliquée dans la proposition de l’action puisque c’est cette participation que l’on cherche. La personne est habitante avant d’être un usager potentiel du service ou de l’activité. La question de l’échelle est importante puisque l’on ne considèrerait pas les

²²³ Phase d’immersion préalable

²²⁴ Ateliers organisés par le conseil général du Maine-et-Loire à la suite de la mise en place de la conférence des financeurs – Observations complémentaires

²²⁵ Les graphiques sont repris des supports présentés lors de la journée. Le total des actions de 2018 de 100,5% n’a donc pas été corrigé

personnes habitant le département, mais les habitants de l'échelle « locale » sans que celle-ci ne soit définie. Les documents de restitution des caractéristiques des actions financées par la Conférence des financeurs sur l'année 2018 permettent d'en préciser le sens (voir figure 36). Ceux-ci supposent une dimension locale qui traduirait un périmètre infradépartemental. Ainsi l'habitant s'inscrit dans une considération allant du quartier à plusieurs communes. L'évolution entre les années 2017 et 2018 montre une tendance à l'augmentation des porteurs locaux dans les actions financées.

1.1.2. Usagers et habitants : deux populations des Centres Sociaux

La définition de l'habitant est importante à la compréhension de ce que sont et ce que font les Centres Sociaux. En plus de souligner la proximité dans l'action, « l'habitant » signifie une différence d'implication entre l'habitant, actif et participant et l'utilisateur passif et consommateur (voir partie II chapitre 6 – 1.1.1). Soulignons que, dans la circulaire de la CNAF (1995), les deux termes sont présents. Les caractéristiques des Centres Sociaux sont, entre autres, d'être :

- Un équipement de quartier à vocation sociale globale, ouvert à l'ensemble de la population habitant à proximité, offrant accueil, animation, activités et services à finalité sociale.
- Un lieu d'animation de la vie sociale, il prend en compte l'expression des demandes et des initiatives des usagers et des habitants et favorise le développement de la vie associative.

Les usagers et les habitants sont deux groupes différents dont les besoins doivent être pris en compte par le Centre Social. Il ne doit pas se saisir uniquement que des besoins identifiés par et pour les populations qui le fréquentent (les usagers). Cette considération se rapproche de ce qui ressortait des échanges lors de l'atelier de la Conférence des financeurs. La personne est habitante avant d'être un usager et cela se définit par une résidence dans un périmètre « proche ».

De nouveau, l'échelle de la proximité n'est pas donnée. Dans le cas d'un Centre Social de quartier, une personne habitant à proximité peut-elle être une personne résidant dans un quartier différent, à l'autre bout de la ville? Cela peut être proche en termes de distance kilométrique, mais le territoire de l'agrément est plus réduit. À l'inverse, pour un Centre Social intercommunal, peut-on considérer, qu'une personne résidant à une quinzaine de kilomètres du Centre Social dans une commune couverte par le territoire de l'agrément s'inscrit dans la proximité?²²⁶

Il y a comme une contradiction. À la lecture de la circulaire CNAF, les habitants ne sont pas nécessairement présents au sein du Centre Social, mais résident à proximité. À l'inverse dans l'interprétation faite du terme dans le réseau, les habitants sont le groupe le plus important dans le Centre Social. Ils en sont le moteur, la force vive et leur implication est ce qui rend leurs actions

²²⁶ Pour rappel les superficies des territoires d'agrément des Centres Sociaux dans les Pays de la Loire font de 0,26 km² (Maison de quartier de la Chesnaie à Saint-Nazaire) à 677,60 km² (Centre Social du Pays de Château-Gontier) – voir chapitre 1 – 2.1.2.a

pertinentes. L'inscription spatiale de l'« habitant participant » n'est pas non plus précisée. S'agit-il d'un habitant inscrit sur le territoire d'agrément ? Est-ce la dimension participative qui définit l'habitant et non son inscription géographique ?

Pour comprendre cette distinction entre habitant et usagers ainsi que l'échelle de proximité dont il est question, un regard sur les projets sociaux et la répartition spatiale des adhérents est nécessaire. Cela nous permettra de comprendre les liens entre l'inscription spatiale des personnes fréquentant le Centre Social et le territoire d'agrément. De plus, la lecture des projets sociaux et notamment le diagnostic devrait éclairer cette place de « l'habitant » ou de « l'utilisateur » dans le développement de l'action des Centres Sociaux.

Pour la suite, afin de clarifier l'exposé, nous faisons le choix de distinguer l'utilisateur de l'habitant. L'utilisateur est une personne utilisant le Centre Social, en fréquentant les locaux ou les activités. L'habitant est une personne résidant au sein du territoire de l'agrément. Comprendre qui sont les habitants, qui sont les usagers, si les usagers sont des habitants et quels sont les habitants qui ne sont pas des usagers nécessite de se pencher sur la répartition spatiale des adhérents.

1.2. Cartes, adresses et données : un rapport au territoire tenu dans les Centres Sociaux

1.2.1. Le territoire d'agrément : Terra incognita

1.2.1.a. Une existence du territoire au-delà de la rhétorique ?

Comprendre le lien entre les usagers et les habitants nécessite donc d'avoir une lisibilité des limites du territoire de l'agrément, ce qui n'est pas toujours simple. L'analyse lexicographique effectuée sur les projets sociaux (voir partie I chapitre 4 – 1.3.1) permet d'identifier le champ lexical de la « géographie » comme l'un des plus présents dans la rhétorique du projet social. Ce champ lexical regroupe des termes comme « quartier », « ville », « commune » ou « territoire », ainsi que tout ce qui relève de la toponymie (Cholet, Vendée, Laval, etc.).

Dans 10 des 12 projets ayant fait l'objet de cette analyse, ce champ lexical est parmi les plus mobilisés. Le territoire est particulièrement cité par des Centres Sociaux associatifs. Une structure associative a-t-elle plus besoin de développer un discours territorial qu'une structure gérée par une institution définie sur un territoire (la collectivité locale) ? Autrement dit, est-il plus évident qu'une collectivité s'adresse à des habitants qu'une association ? Cette évidence passe par la lecture du périmètre de l'action. La commune ou la collectivité a déjà un périmètre d'action défini, sur lequel se superpose le territoire de l'agrément du Centre Social qu'elle gère. Les associations n'ont pas ce territoire donné *a priori* et doivent donc fournir un travail supplémentaire afin de formuler les contours de leur territoire d'agrément.

Néanmoins, le territoire en lui-même est peu présent. Leur représentation est quasiment absente : sur les 15 projets sociaux étudiés, seuls 2 présentent une carte de leur territoire d'agrément. La dimension de territoire dans le diagnostic existe, mais il ne s'agit pas nécessairement du territoire de l'agrément. On va trouver tout ou partie du diagnostic et des données mobilisées portant sur des périmètres différents : la commune dans le cas de Centres Sociaux de quartier, l'intercommunalité dans le cas de Centres Sociaux municipaux, seulement certaines communes dans le cas de centres intercommunaux. Il n'y a qu'un cas où cette différence de périmètre est expliquée dans le projet social : celui du Centre Social de Noirmoutier-en-l'Île. En se basant sur le constat que les adhérents et les bénévoles du Centre Social habitent sur l'ensemble de l'Île et non uniquement à Noirmoutier, « *il est convenu que le territoire de l'Île [l'intercommunalité] constituera la zone d'étude du diagnostic* » (Espace Grain de Sel 2016 p.5).

1.2.1.b. Cartographier les territoires des Centres Sociaux : mission impossible ?

Le territoire de l'agrément est peu présenté, décrit ou représenté. Il est difficile d'en obtenir une cartographie. Par exemple, le répertoire SENACS compile 277 variables décrivant chaque Centre Social, chacune présentant au moins 2 modalités de réponse. Sur la totalité de ces informations, seules 4 portent sur le territoire de l'agrément. Il s'agit de renseigner sur le caractère urbain ou rural du territoire, dans le cas de territoire urbain, s'il s'agit d'un ou de plusieurs quartiers et s'ils sont concernés par les politiques de la ville. Une autre question porte sur la « Population de la zone de compétence ». Les fiches d'identités des structures générées par SENACS ne fournissent aucune information sur le territoire de l'agrément.

Cartographier les territoires d'agrément est complexe, car l'information est peu disponible. Dans le cas de territoires d'agrément portant sur des communes ou des intercommunalités, le découpage est simple à retrouver, si tant est que celui-ci n'ait pas changé suite à une réforme territoriale (comme la loi NoTRE). Par exemple, le Centre Social de Loir et Bercé, avait pour territoire d'agrément la communauté de communes du même nom. Cette communauté de communes disparaît en décembre 2016, fusionnant avec deux autres communautés de commune pour devenir la communauté de commune Loir-Lucé-Bercé. Le nom du Centre Social ne change pas, il reste le Centre Social intercommunal Loir et Bercé pourtant, si son territoire porte toujours sur plusieurs communes, il n'est plus « intercommunal »²²⁷.

Le cas des territoires d'agrément des Centres Sociaux de quartier est le plus compliqué. Certains centres mentionnent les IRIS sur lesquels s'appuie la délimitation de leurs agréments, mais ce n'est pas toujours le cas. Prenons le cas du Centre lavallois d'éducation populaire, association dont l'agrément porte sur le centre-ville de Laval. Cette notion de centre-ville est la seule indication fournie par le projet social ou le

²²⁷ Les deux autres communautés de communes avaient également des Centres Sociaux s'appuyant sur leur découpage. La raison du péri métrage de ce Centre Social, reprenant les limites de la collectivité qui le porte/portait n'existant plus, le territoire de l'agrément doit-il changer ? Pour le moment, la nouvelle intercommunalité n'a pas demandé la fusion des centres ou la dissolution de l'un d'entre eux.

site internet de l'association. Une première cartographie nous a donc conduits à prendre comme périmètre du territoire d'agrément les deux IRIS nommés comme centre-ville (centre-ville rive droite et centre-ville rive gauche). Ce n'est qu'en se déplaçant dans la structure et échangeant avec les professionnels que nous apprenons que le territoire de l'agrément porte sur 8 IRIS au centre de Laval.

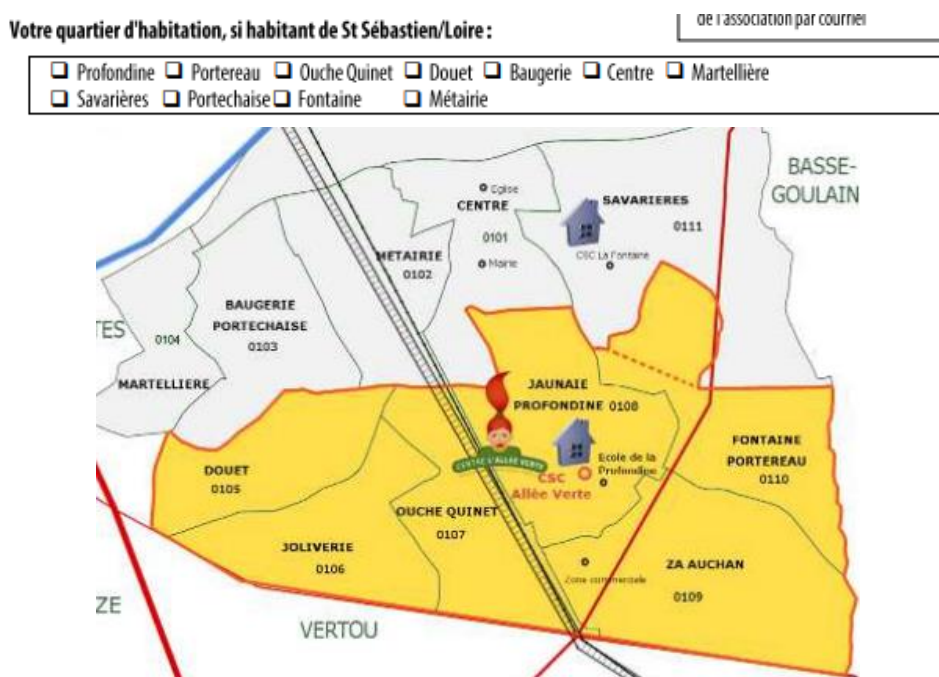
1.2.2. Renseigner la donnée

Les limites des territoires d'agrément ne sont pas la seule information nécessaire à l'exploration de la répartition spatiale des adhérents des Centres Sociaux. Il est nécessaire de pouvoir connaître la localisation de ces adhérents afin de pouvoir recouper habitants et usagers. Cela conduit à se confronter à la question de la donnée dans les Centres Sociaux. La disponibilité et l'utilisation de cette donnée avant traitement sont en soi un indicateur de la place de l'ancrage territorial pour les Centres Sociaux et leurs usagers et plus largement de la place du diagnostic territorial dans les projets.

1.2.2.a. Manque d'harmonisation

Parmi les fichiers adhérents des Centres Sociaux de notre échantillon, tous ne renseignent pas l'adresse complète. Sur les 16 fichiers adhérents traités, 7 présentaient des adresses complètes renseignant le numéro et le nom de la voie, la commune et son code postal. Les manques les plus courants sont le numéro du domicile, ce qui dans le cas d'un Centre Social intercommunal peut être négligeable, étant donnée l'échelle, mais qui l'est moins quand on se penche sur des répartitions à des échelles plus fines, comme le quartier.

Figure 37 : Comparaison entre la fiche d'inscription et la cartographie des quartiers dans le projet social



Source : Centre socio-culturel de l'Allée verte 2019; Centre socio-culturel de l'Allée verte 2012

Pour un des 16 centres, seule la commune de résidence est renseignée. Ce centre fait partie des 2 seuls qui, dans leurs diagnostics, abordent la question de la répartition spatiale de leurs adhérents sur leur territoire d'agrément. C'est un Centre Social intercommunal et, pour la lecture qu'ils souhaitent faire de leurs données, l'information sur commune de résidence est suffisante. Le second centre traitant cette question dans son diagnostic est un Centre Social de quartier. Les données traitées ne sont pas issues d'une analyse des adresses, mais d'un traitement de réponses déclaratives concernant le quartier de résidence. La question est donc de savoir si les personnes fréquentant le Centre Social considèrent habiter dans tel ou tel quartier, sans prendre en compte les délimitations de ceux-ci. Ainsi on va voir des usagers déclarant habiter sur un certain quartier alors que leur adresse postale les placerait dans un quartier différent. Plus encore, dans le traitement de cette information, il y a un décalage entre les quartiers présentés dans la fiche d'inscription et la cartographie dans le projet social (voir figure 37). Certains ne se retrouvent pas (Joliverie) d'autres sont divisés (Fontaine – Portereau).

Les Centres Sociaux ont deux manières de renseigner leurs adhérents dans les fichiers : soit par un identifiant individuel, soit par un identifiant famille. Pour les adresses, cela se traduit par une adresse par individu (adhésion individuelle) ou par groupe d'individu (adhésion familiale)²²⁸. Dans le cas de l'adhésion familiale, cela pose la question de l'adéquation du mode de renseignement avec la réalité des familles actuelles. Les adhésions familiales sont généralement pratiquées dans les centres marqués par des activités jeunesse, l'adhésion familiale permettant l'inscription d'une fratrie et la collecte d'informations sur le ménage en lui-même (profession des parents, revenus, etc.) et non sur le mineur. Elles sont également le marqueur d'une pratique CAF. Dans un contexte où le schéma familial traditionnel a évolué et où de nombreux enfants sont birésidentiels, ne renseigner qu'une adresse ne permet pas d'obtenir une vision complète de la répartition spatiale des usagers des Centres Sociaux. Cela interroge plus largement sur l'adéquation entre les recueils d'information des Centres Sociaux et les réalités sociales qu'ils interrogent, interrogation que l'on va retrouver par rapport à la question des plus de 60 ans.

Ce manque d'harmonisation vient compliquer la construction d'une vue d'ensemble. Les modes de renseignements divers ne permettent pas une lecture complète de l'inscription spatiale des usagers des Centres Sociaux.

1.2.2.b. Renseigner pour la pratique plus que sur la pratique

L'adresse de résidence est une information qui est demandée dans la majorité des centres. Il s'agit même de la donnée la plus souvent renseignée, les centres ayant les fichiers adhérents les plus pauvres demandant au moins cette information-là. En comparaison, il a été plus difficile de trouver des

²²⁸ Pour les traitements cartographiques présentés dans le tableau 45 et l'annexe 9, le choix a été fait de convertir les adhésions familiales en adhésion résidentielle. Ainsi si une inscription familiale compte 3 usagers du Centre Social, l'adresse a été renseignée 3 fois.

informations concernant l'âge des adhérents. Pourtant, la donnée « adresse » n'est que peu exploitée dans la démarche de diagnostic.

Cela illustre la question de la pratique du diagnostic dans les Centres Sociaux et de la collecte de données nécessaire à celui-ci. Les fichiers adhérents renseignent les adresses pour des questions de communication, l'envoi postal restant un des modes de contact des adhérents les plus utilisés (avant l'envoi de mail). À l'inverse, le renseignement de certaines données, comme l'âge ou le revenu, vient interroger la pratique. Certains professionnels ne voient pas d'intérêt à demander l'âge des adhérents quand leur positionnement est justement de ne pas faire de proposition sur un critère d'âge. Le raisonnement est alors le suivant : si on s'adresse aux adultes, la question de l'âge des usagers majeurs ne se pose plus. C'est d'ailleurs le positionnement que l'on va retrouver vis-à-vis de la question de la création d'un secteur senior (voir partie II chapitre 5 – 2.1.1).

Que ce soit pour l'âge ou l'adresse, ce qui décide de la collecte d'une donnée est la pratique. L'adresse est renseignée parce qu'elle est utile dans la pratique quotidienne. Inversement, la pratique de certaines structures ne nécessite pas de connaître l'âge des usagers adultes, il n'est donc pas systématiquement renseigné. Ce qui rejoint la considération du projet social et donc de son diagnostic comme un exercice partenarial (voir partie II chapitre 5 – 1.3.2.b), une contrainte extérieure plus qu'une opportunité pour le développement de la structure. Lors des échanges avec les professionnels, il apparaît que l'élaboration du projet social est vécue comme une contrainte, une démarche qui demande beaucoup de temps et de moyens. On pourrait envisager que la mise en place d'un outil standardisé de recueil de la donnée concernant les adhérents duquel on pourrait tirer des données utiles au pilotage stratégique des Centres Sociaux serait bienvenue. Ce n'est pas le cas.

L'outil SENACS, par exemple, s'est développé avec cette ambition d'avoir un outil qui permettrait d'avoir une vue d'ensemble des Centres Sociaux. De nouveau, le remplissage de cette grille est vu comme contraignant : « *Ok SENACS ça fait des jolies plaquettes, mais ça prend un temps fou à remplir !* »²²⁹ (Directeur d'un Centre Social – échange informel). Cette contrainte combinée au fait que certaines données demandées par SENACS n'existent pas dans les Centres Sociaux, conduits à un remplissage hasardeux :

« J'en des chiffres parce que j'ai fait SENACS tout à l'heure... le nombre de personnes que l'on a accueilli en 2016 qui ont entre 60 et 75... 197 et puis de 75 à 80, 46... au-delà de 80 on a mis 0, mais je pense que... » « Oui on en a quelques un.... Sur tous les espaces, les ateliers on a des gens qui ont plus de 80 ans.... on en a parlé tout à l'heure, sur remue-méninges, sur 2016, il y a

²²⁹ Première phase du terrain

eu 3/4 personnes qui sont venues qui avait plus de 80 ans » « je pense qu'il y a une dizaine de personnes... »²³⁰

Un fichier adhérent présentant cette information aurait permis de renseigner directement la donnée, mais ce Centre Social ne demande pas l'âge, étant dans une considération des plus de 60 ans comme des adultes parmi d'autres.

La proposition de mise en place de grille globale ou d'outils standardisés se heurte à la défense de la singularité des structures. Tous les Centres Sociaux étant différents, pourquoi chercher à normaliser les modes de fonctionnement ? De plus, cette question renvoie à l'absence de lien hiérarchique entre les différentes échelles. Comment, si les fédérations n'ont pas de rôle de prescripteur sur les Centres Sociaux, mettre en place un outil standardisé ?

1.2.3. Usagers et habitants : entre spatialisation des adhérents et croisement des données

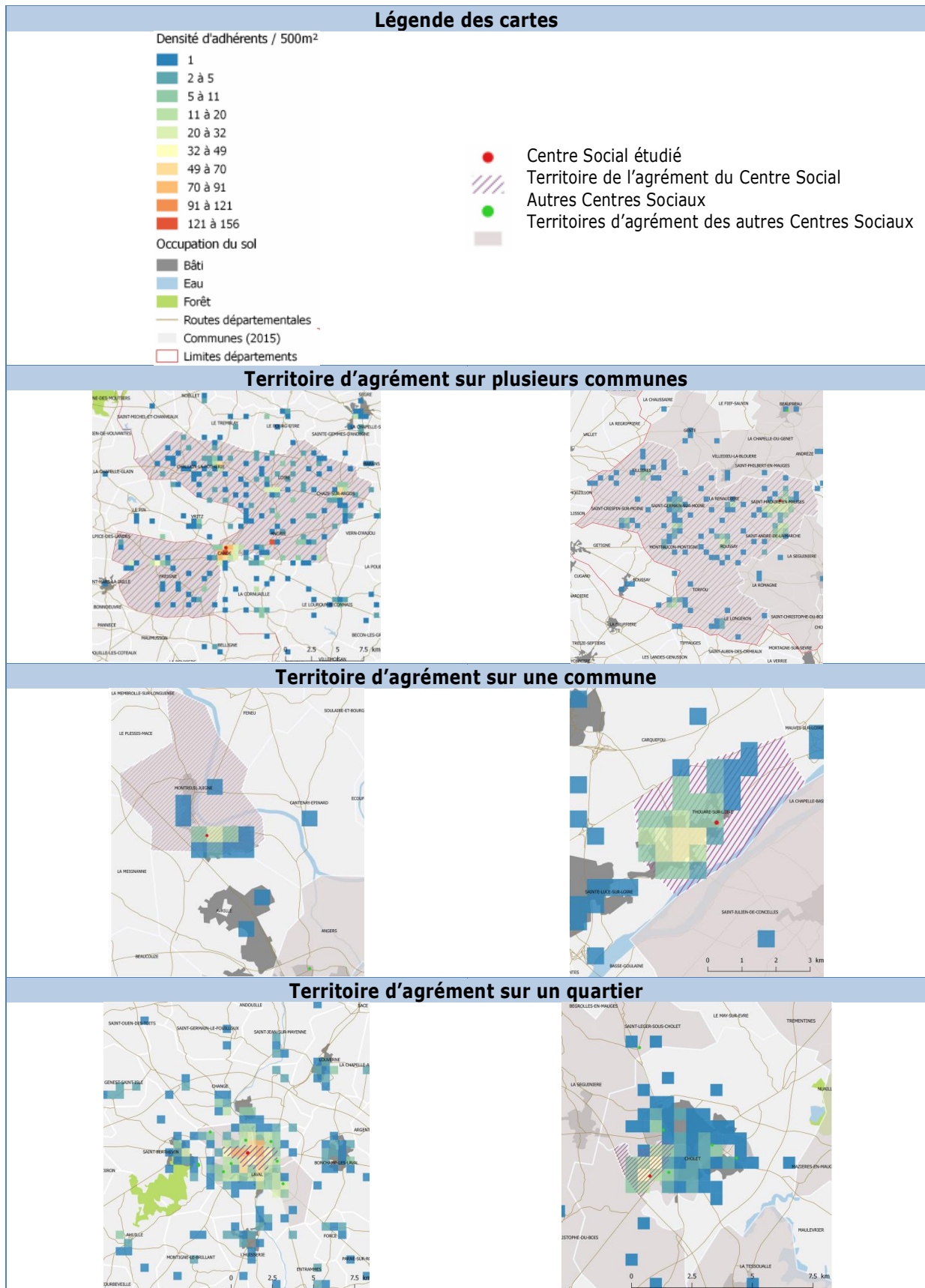
1.2.3.a. L'utilisateur est-il un habitant ?

Malgré l'absence de lisibilité des territoires d'agrément et les faiblesses de la collecte d'information sur la localisation des adhérents, le modèle actuel de relation à l'espace dans la présentation de l'action des Centres Sociaux est celui de l'expression d'une action de proximité par la mise en avant de l'habitant. Ce discours se retrouve-t-il dans la pratique ? Le tableau 49 présente des répartitions spatiales des adhérents d'un Centre Social à l'autre en proposant des comparaisons entre territoires d'agrément équivalents.

Tous les Centres Sociaux comptent des adhérents hors de leurs territoires d'agrément. On pouvait s'y attendre. Un territoire n'a de sens que quand il est vécu, ses frontières ne sont pas fixées dans l'espace, mais il se dessine par les dynamiques qui lui sont propres. Les populations ne se cloisonnent pas aux découpages territoriaux administratifs que sont les collectivités territoriales, il n'est donc pas surprenant qu'il n'y ait pas une parfaite adéquation sur le découpage beaucoup moins connu, souvent hybride, des territoires d'agrément des Centres Sociaux.

²³⁰ Première phase du terrain

Tableau 49 : Exemples de répartition spatiale des adhérents de Centres Sociaux



Réalisation : Juliette Michel 2017 – toutes les cartes réalisées pour le panel de l'étude sont présentées en annexe 9

Si un dépassement du territoire d'agrément par les adhérents était supposé, la proportion de celui-ci peut prendre est surprenante. On oscille entre 99 % à 31 % des adhérents inclus dans le territoire d'agrément suivant les centres. C'est-à-dire qu'au mieux, un tiers des usagers du Centre Social s'avèrent être des habitants. On peut prendre la question dans l'autre sens et se demander combien d'habitants sont des usagers. Le tableau 50 montre que le rapport entre le nombre usager-habitant et le nombre d'habitants (usagers ou non) variable de 1 à 16 %. En moyenne, 5,6 % des habitants des territoires d'agrément des Centres Sociaux du panel sont des usagers, ce qui est un taux d'usage assez faible.

Tableau 50 : Rapport habitants/usagers

Territoire d'agrément	Adhérent dans le territoire d'agrément / population du territoire d'agrément
Intercommunalité	1 %
Commune	2 %
Quartier	2 %
Quartier	3 %
Quartier	4 %
Intercommunalité	4 %
Quartier	4 %
Quartier	5 %
Intercommunalité	5 %
Commune	6 %
Commune	6 %
Intercommunalité	6 %
Commune	15 %
Intercommunalité	16 %
Commune	NR

Source : Galand et Michel 2017 – Réalisation Juliette Michel 2019

Les Centres Sociaux de quartiers ont le taux de recours extérieurs au territoire (RET) le plus élevé. Moins de la moitié des usagers sont des habitants (entre 31 % et 45 % de leurs adhérents résident sur le territoire d'agrément). Les RET sont-ils d'autant plus importants que de territoire d'agrément est petit ? La corrélation entre ces deux variables n'est pas significative²³¹. Le cas des Centres Sociaux de quartier est donc à mettre en parallèle avec ce que nous mentionnions plus haut. La réalité des découpages administratifs sur les pratiques et les espaces de vie, notamment un découpage aussi obscur que le quartier, ne s'inscrit pas dans le paysage comme peut le faire la commune. Si on regarde la répartition

²³¹ Le lien entre les deux variables a été testé par une régression linéaire. Le coefficient de corrélation obtenu est -0,59, la dépendance entre les deux variables est donc peu significative.

des adhérents sur les territoires communaux de ces centres de quartiers, on observe un recours extérieur nettement moindre, avec entre 60 % et 92 % des adhérents présents sur la commune.

À l'exception d'un de ces centres de quartier, tous présentent des pourcentages supérieurs à 80 % d'adhérents présents sur la commune. Ce dernier présente la particularité d'être un Centre Social de centre-ville. Les habitudes et l'appropriation particulière des espaces de centre-ville peuvent expliquer cette différence. Un centre-ville est plus largement fréquenté que n'importe quel autre quartier de la ville, par les habitants de la commune et des communes alentour. On est en présence d'effets de centralité et de polarité qui concourent à une appropriation de l'espace par une population plus large que les résidents du centre-ville ou de la commune, appropriation qui s'étend aux équipements du centre-ville, ici le Centre Social.

Il ne semble pas y avoir de liens entre le type de structure et les RET. Par contre, il se dégage une corrélation entre les RET et le type de territoire de la typologie (voir partie I chapitre 4 – 1.1). Parmi les Centres Sociaux dont les RET sont de moins de 25 %, il y a les 4 centres qui agissent sur les territoires de type 4 et 3 des 4 centres qui agissent sur des territoires de type 1. Le fait que ce soit ces deux catégories s'explique. Les profils 4 (couronnes périurbaines) et 1 (ruraux et de campagne) sont des espaces assez similaires où l'on va chercher des services à proximité de son domicile et où la proximité en question est plus éclatée qu'en milieu urbain. De plus ce sont des espaces où l'identité territoriale est beaucoup plus marquée que dans les espaces urbains. Dans le contexte d'ancrage territorial des Centres Sociaux, le sentiment d'appartenance à un espace commun, connu et reconnu peut être un facteur d'importance. Une des possibles explications pour la différence marquée du dernier centre agissant sur un territoire de type 1 (54 %) peut être influencée, comme pour les centres de quartier, par la difficulté d'une lecture nette du périmètre d'action, ici le canton. Comme cela est présenté dans le projet social, les habitants ont du mal à se sentir « appartenir » à l'espace du canton...

1.2.3.b. Un croisement des données difficiles

L'absence de standard de saisie complique le croisement des données entre les fichiers adhérents, portant sur les usagers et les informations sur les habitants. C'est ce que l'on constate avec le manque de cohérence entre les échelles de données mobilisées.

Prenons l'exemple du Centre Social Horizon, centre de quartier à Cholet. Le territoire d'agrément concerne les « *Quartiers Colline, Girardières, Turbaudières, Clairefontaine, Villeneuve et Chambord situés au sud-ouest de la ville de Cholet* » (Centre Social Horizon 2017). Les données mobilisées dans le diagnostic vont avoir des périmètres différents suivant leurs sources : les statistiques du bailleur social portent sur Colline, Villeneuve, Clairefontaine et Turbaudières, les données de la CAF portent sur Turbaudières, celles du CCAS sur Turbaudières et Girardières, celle de Pôle emploi sur Colline et Villeneuve, etc. Le projet social ne donne pas de vue d'ensemble du territoire d'agrément. On a des informations sur une partie du territoire sans avoir d'éléments sur le territoire en lui-même. De plus, si

ce projet social mobilise une large variété de données extérieures, il ne présente pas les caractéristiques de ses usagers.

Or, la démarche de diagnostic de territoire consiste à une « mise en tension » des acteurs sur un territoire afin d'évaluer les dynamiques présentes sur ce territoire et leurs évolutions possibles. Il ne s'agit pas de produire une photographie d'un territoire à un moment donné en listant les caractéristiques démographiques, économiques, environnementales, etc., mais de porter un regard sur un système territorial. Le diagnostic de territoire est un outil d'aide à la décision. Il a pour fonction de formuler des conclusions et des pistes d'actions sur un territoire en se basant sur la production d'une connaissance sur une situation localisée (Lardon, Piveteau et Lelli 2005 ; Lardon et Piveteau 2005 ; Université Nice Sophia Antipolis 2011). Or, le diagnostic du projet social n'est pas considéré comme une aide à la décision, mais comme une contrainte. Cela, ajouté au manque de croisement entre les spécificités du Centre Social et celles de ses usagers par rapport aux habitants de manière générale, interroge sur cette mise en tension et *in fine*, sur la capacité à formuler des actions basées sur des enjeux de territoire.

1.3. Une action territorialisée ?

Le diagnostic territorial est une étape majeure dans la rédaction et l'élaboration du projet social. C'est sur la base de ses conclusions que sont censés se développer les axes et les pistes d'actions. C'est aussi cet aspect qui est supposé donner au Centre Social sa dimension territoriale. C'est pourquoi, en s'interrogeant sur la place des habitants et des usagers au sein de ces diagnostics, c'est bien la dimension territoriale de l'action des Centres Sociaux que nous interrogeons.

Il n'existe pas de méthodologie précise pour construire un diagnostic de territoire. Ou plutôt il en existe de nombreuses. Les manières de faire sont multiples et les retours d'expériences peu valorisés. Cela est dû à de nombreuses difficultés méthodologiques allant des conflits de représentation symbolique du territoire à la mise en participation des différents acteurs (Lardon, Piveteau et Lelli 2005). Cette multiplicité des méthodologies ajoutée à l'hétérogénéité des manières de faire des Centres Sociaux complique davantage l'analyse comparative. L'analyse que nous proposons vise principalement à mettre en regard un discours sur la réponse aux besoins des habitants avec les difficultés de la mise en place d'un diagnostic territoriale les questionnant effectivement.

L'ancrage territorial des usagers n'est pas présenté dans les projets sociaux comme un élément de diagnostic. Ce constat confirme l'absence de considération de la résidence dans la définition des « habitants » pour les Centres Sociaux. Le diagnostic est supposé être la base du développement des actions, actions supposées répondre à des besoins de territoires, donc à des besoins d'habitants. Or, la distinction entre habitants et usagers n'est pas claire. À la lecture des projets sociaux, les deux populations sont traitées séparément : les caractéristiques des usagers et les caractéristiques des habitants ne sont pas croisées, il n'y a aucun élément quant au lien ou l'absence de lien entre ces deux

populations. Cela s'explique, entre autres, par le fait que les Centres Sociaux ne sont pas en mesure, n'ont et/ou ne se donnent pas les outils pour les distinguer. Il s'agirait de distinguer 3 populations : les usagers, les usagers-habitants et les habitants non usagers.

1.3.1. Une activité en lien avec le territoire ?

1.3.1.a. Évaluer son action

La phase d'évaluation devrait être une partie importante du projet social. Elle permet de recueillir, analyser et interpréter des informations relatives au projet. Elle vise à mesurer l'impact du Centre Social sur la vie des habitants et sur son territoire, à questionner les valeurs qu'il défend et elle met en avant les retombées de son action sur son environnement. Pour y parvenir, l'évaluation se concentre généralement sur les aspects suivants :

- Pertinence : (rapport besoins, enjeux/objectifs) : Ex : Les objectifs répondent-ils aux besoins constatés ou pressentis sur le territoire ?
- Cohérence : (rapport objectifs/moyens) : Ex : Les moyens financiers et humains, les modes d'intervention permettent-ils de réaliser les objectifs fixés ?
- Efficience : (rapport moyens/résultats) : Ex : Quelles nouvelles actions ont pu être développées avec l'attribution de la prestation de service ?
- Efficacité : (rapport objectifs/résultats) : Ex : Les actions mises en place permettent-elles de soutenir les parents dans leur rôle éducatif ?
- Impact : (rapport résultats/effets, environnement) : Ex : Le développement des actions portées a-t-il une incidence sur l'insertion sociale des membres de la famille ?

Dans les projets sociaux, on constate un manque d'évaluation et de retour sur le précédent projet. Répondre à ces questions d'évaluation nécessite d'avoir mis en place des indicateurs ou au moins un suivi régulier des inscriptions au sein des fichiers permettant de répondre à ces questions. Or, les fichiers adhérents sont extrêmement hétérogènes et ne présentent que peu d'éléments pouvant être, ou étant, exploités dans le diagnostic. La production de données ne fait pas partie de leur culture professionnelle. Il ne s'agit pas uniquement d'un manque de méthode, mais d'une posture particulière vis-à-vis de la production de données et d'évaluation. Cette dernière est perçue comme symptomatique d'un contexte financier et partenarial qui contraint les Centres Sociaux à adapter leurs pratiques et leurs propositions (voir partie II chapitre 5-1). Produire de la donnée reviendrait alors à « *rédui [r] le Centre Social à une vision statistique. Si on est sur les chiffres, on n'est pas sur la pratique et nous, on a la pratique* »²³².

Les informations recueillies sont celles qui permettent un usage pratique (l'adresse) et non celles qui peuvent donner à voir de la pratique (l'âge). La production de données sur la pratique est perçue comme

²³² Professionnel d'un Centre Social lors d'une restitution I-CARE sur l'analyse des projets sociaux et des fichiers adhérents — Première phase du terrain

un risque de mise en fragilité et d'instrumentalisation : « Si on produit des chiffres avec autant de précisions, les partenaires vont nous tomber dessus parce qu'ils vont estimer qu'il n'y a pas tant d'allocataires qu'il faudrait, ou tant de... etc. »²³³. La donnée, l'évaluation ou même le diagnostic sont abordés uniquement dans une optique de partenariat et non comme une opportunité pour le Centre Social ou un argument de pertinence sur leurs actions. Un diagnostic de territoire complet permettrait de mettre en perspective des chiffres apparemment faibles avec la réalité du contexte territorial. Peut-être que ne toucher que 16 % de la population du territoire (rapport le plus élevé entre usagers-habitants et habitants pour les Centres Sociaux du panel - voir tableau 50) correspond à la population présentant les problématiques que les Centres Sociaux veulent travailler. À l'inverse, avoir une vue globale des faiblesses de l'intervention sur tels ou tels types de public permettrait d'adapter la proposition afin de mieux répondre aux objectifs fixés ou de toucher les habitants non usagers. Mais cette démarche est loin d'être évidente dans tous les Centres Sociaux :

« [on ne demande pas l'âge] c'est notre volonté, après j'entends la remarque que [vous formulez] si on veut cibler des personnes... parce qu'effectivement savoir d'où elles viennent où l'âge, ça permet de communiquer, cibler, de communiquer différemment.... J'entends... mais pour autant on l'a pas fait et je ne pense pas que l'on fera dans un avenir proche ». ²³⁴

Cela interroge de nouveau sur l'utilité perçue du diagnostic ainsi que la volonté, ou ici l'absence de volonté, de se doter d'un outil standardisé.

1.3.1.b. Lier le territoire au projet

Le lien entre les besoins constatés sur le territoire et les actions développées sont peu lisibles dans les projets. Le développement d'actions spécifiques aux caractéristiques d'un territoire est une exception que l'on retrouve dans des propositions relevant plus du service que de l'animation globale. Certains diagnostics permettent de faire émerger des questionnements sur des problématiques spécifiques à leurs territoires, citons la question des néo-arrivants dans les territoires de « ville isolée » en voie de périurbanisation ou celle des résidences secondaires et de la saisonnalité de la population dans les zones balnéaires. Elles ne sont pourtant pas reprises dans le développement d'actions. De manière générale, la proposition des Centres Sociaux est assez homogène d'un territoire à l'autre alors que les territoires en question sont très différents. Le Centre Social propose principalement des activités socioculturelles assez génériques et peu d'activités correspondant à des réalités ou des enjeux de territoire.

Les activités ne sont pas une réponse aux besoins du territoire, principalement parce que les Centres Sociaux ne s'outillent pas pour connaître les besoins. De plus, certaines postures idéologiques et cultures professionnelles les empêchent d'avoir une pratique utile du diagnostic. Ce manque d'outillage est

²³³ Professionnel d'un Centre Social lors d'une restitution I-CARE sur l'analyse des projets sociaux et des fichiers adhérents — Première phase du terrain

²³⁴ Première phase du terrain

d'autant plus surprenant que, lorsque le lien est fait entre les problématiques du territoire est le développement d'activité, cela donne lieu à des propositions concrètes.

C'est le cas du développement du transport solidaire dans un territoire rural. Le constat d'une part d'un manque de services de transports en commun et d'autre part d'une population vieillissante de plus en plus importante ayant des difficultés à se déplacer a conduit au développement de cette action. On le retrouve dans le développement d'une activité comme Jardin'age. Dans un quartier résidentiel, mêlant des habitants âgés en pavillons avec jardins et des logements collectifs, il a été constaté que faute de possibilité d'entretiens, certains jardins se retrouvaient à l'abandon. L'initiative du Centre Social a donc été de proposer de mettre en lien des personnes ne pouvant plus entretenir leur parcelle avec des personnes n'ayant pas de jardin, mais aimant jardiner.

Ces activités restent l'exception alors qu'il s'agit ici d'un élément à même de lever leurs angoisses. À l'inverse du diagnostic de territoire comme enfermant dans la production de statistiques à visée uniquement administrative et financière, ces exemples montrent qu'il amène à développer des activités qui répondent à des besoins de territoires et attirent des populations qui ne sont pas celles généralement touchées et qui répondent aux ambitions des Centres Sociaux (voir partie II chapitre 6 – 1.2).

1.3.2. Un diagnostic co-construit : quelle consultation ?

À défaut d'un diagnostic territorial, la connaissance des besoins du territoire pourrait passer par la consultation des usagers et/ou des habitants. On comprend le diagnostic comme un processus d'aide à la décision aboutissant à la formulation d'action sur un territoire. Dans cette définition, la prise en compte des caractéristiques du territoire dans la formulation des conclusions peut être accessoire. On peut alors partir du principe qu'un diagnostic formulé sur un territoire par des acteurs de ce territoire pour développer une action permettrait ainsi de développer une action territorialisée. Il s'agit alors de comprendre comment se construit la consultation des acteurs en question ainsi que le type d'acteurs considérés (partenaires, associations locales, élus, usagers, habitants, etc.).

1.3.2.a. Identifier la population cible

« Plus qu'une formalité administrative, le projet social est avant tout un moment privilégié » pour observer l'évolution de son environnement local, échanger des points de vue entre les différents acteurs (habitants, bénévoles, administrateurs, salariés, partenaires) (« Guide méthodologique des Centres Sociaux - élaboration du projet social » 2010). C'est un temps qui permet de formuler clairement des objectifs en référence aux besoins de la population du territoire d'intervention, d'explicitier les démarches, etc. dans le cadre d'une démarche participative associant les bénévoles et les habitants-usagers.

Il s'agit de mettre en place une dynamique de consultation usagers/habitants. Non seulement cette démarche n'est pas toujours mise en place, mais quand il y en a une, c'est sous des formes très

différentes. On peut citer l'enquête auprès des usagers, l'enquête de voisinage, la réunion publique, le micro-trottoir, le recueil de paroles, les questions flash, etc. Si on constate un savoir-faire dans la mobilisation et la consultation des habitants, la mise en place de ces consultations dans une démarche de diagnostic pose de nouveau une question de méthode.

Dans un premier temps, la lecture des diagnostics ne permet pas de comprendre si la consultation se fait auprès des usagers, des habitants ou des deux. Cette question de la population que l'on veut consulter en pose une autre, celle de la population sur et pour laquelle on construit le diagnostic. Faire passer une enquête auprès des usagers ou des habitants, ce n'est pas interroger la même population, de même que d'interroger les bénévoles d'un CA ou les participants aux activités, de faire un micro-trottoir sur un marché ou une réunion publique en soirée, etc. Le fait d'interroger des populations différentes n'est pas gênant en soi, c'est même une plus-value. Le problème est qu'il n'est jamais clairement spécifié quelles sont ces populations ou pourquoi a-t-on choisi de les consulter. Les consultations mises en place dans les projets sociaux ne permettent pas de préciser si la population ciblée et associée au projet social concerne les usagers, les usagers-habitants, les habitants -non-usagers ou les trois.

La place de ces consultations et leur rôle dans la formulation finale du projet en sont d'autant plus opaques que, selon les projets, elles n'interviennent pas au même moment du diagnostic. La consultation peut être un moyen de faire émerger des problématiques de territoire ou un moyen de les discuter. Elle n'est jamais les deux. Ces positions au sein de la démarche de diagnostic associent les consultations aux problématiques de territoires qui ne sont que peu prises en compte dans le développement d'action.

1.3.2.b. Consulter et co-construire avec des partenaires

Les usagers/habitants ne sont pas les seuls acteurs de territoire dont la consultation dans le développement du diagnostic peut être utile. Lors de l'analyse des projets sociaux, nous nous attendions à trouver une description des partenariats des centres avec différents acteurs, plus particulièrement en lien avec le tissu associatif du territoire. Or, très peu de centres développent ces champs-là. Si les termes « association » et « partenaires » ressortent à l'analyse lexicographique, ils ne sont que très peu utilisés pour servir l'argumentaire. Aussi, sur les 12 projets sociaux, seuls 3 identifient le travail avec le tissu associatif local comme un élément du projet. Deux autres projets détaillent les partenariats, mais il s'agit alors d'un listing et non d'un élément d'analyse ou d'un support à la co-construction du diagnostic. Le secteur gérontologique présente un réseau complexe de relations et de partenariats avec des acteurs variés à différentes échelles. Ce manque d'un regard sur les contextes partenariaux va avoir un impact sur la manière dont s'intègrent les Centres Sociaux dans ce système d'acteurs (voir partie III chapitre 8 – 1.3).

La consultation et la discussion avec d'autres structures du territoire autour de développement du projet sont rares. Cela interroge la visée de développement social local des Centres Sociaux. En théorie, le diagnostic devrait permettre de connaître les besoins afin de pouvoir servir le projet. Or, le diagnostic est

assez pauvre et le projet ne s'écrit pas à des fins opérationnelles, mais en réponse à une demande extérieure. Il s'agit de la réalisation d'un exercice à destination du financeur. Les enjeux associés au renouvellement de l'agrément CAF, tendent à faire tomber les projets sociaux dans une forme d'autocensure, de la même manière que pour l'action vieillissement, la mention de partenariat autre que celui du financeur destinataire est perçue comme un risque potentiel (voir partie II chapitre 5 -1.2.2).

1.3.2.c. Consulter en dehors du diagnostic

On identifie une autre forme de consultation : celle qui ne s'inscrit pas dans le diagnostic, mais dans le développement d'actions. Là où ils devraient se croiser, ces deux temps sont présentés dans les projets comme déconnectés l'un de l'autre, réitérant la distinction entre le territoire d'un côté et les actions de l'autre. Ces temps ne mettent pas en œuvre les mêmes consultations. Celles-ci portent alors directement sur le Centre Social en lui-même, que ce soit sur l'organisation des locaux ou la proposition d'activités. Les questions portent alors sur la satisfaction en matière d'accueil, d'horaires, ou d'envie de nouvelles activités. Ce n'est plus retour sur la pratique, mais sur la proposition des Centres Sociaux. Ce sont alors les usagers qui sont sondés.

Il ne s'agit plus d'un diagnostic sur le territoire d'agrément ou sur une population habitante non définie. C'est un diagnostic sur le Centre Social en lui-même. Il porte sur l'espace du centre, son usage, son accès et ses activités et la population consultée est la population du Centre Social. Ce sont les résultats de ces consultations qui permettent au Centre Social d'adapter leurs propositions et de développer de nouvelles activités. Les activités et actions se basent plus sur l'expression des envies des usagers que sur les besoins de la population, ce qui explique la nature socioculturelle des activités proposées : un cours tricot correspond plus à une envie qu'à un besoin. Les propositions se développent donc avec les personnes fréquentant les Centres Sociaux soit les usagers et les usagers-habitants mais pas les habitants non usagers.

Aussi, si le territoire est une dimension négligée du développement d'action, c'est le Centre Social en tant que lieu, en tant que portion d'espace identifié et sujet à des usages précis, qui est au cœur de cette réflexion. La dimension spatiale ne passe pas par l'inscription de sa population et de son action sur un territoire d'agrément, mais par sa dimension physique et sa localisation dans un espace qui est approprié ou pratiqué par ses usagers. L'action s'inscrit alors bien dans une dimension locale, puisque les usagers et les activités s'inscrivent dans un espace spécifique. Par contre, les spécificités et la population du territoire de l'agrément sont finalement peu ou pas prises en compte dans le développement de l'action. On retrouve ici ce qu'exprime Jean-François Bernoux (2002) « *la territorialisation de l'action sociale n'est pas l'action sociale territorialisée* ».

2. Proximité et appropriation des espaces

Introduction

Ces constats amènent à interroger la territorialisation de l'action des Centres Sociaux sous un angle différent de celui de la prise en compte des spécificités d'un territoire : la proximité. Comment traduire la notion de proximité dans la pratique et les usages qui sont faits par ou dans les Centres Sociaux ? En géographie, la proximité est décrite comme « *une configuration spatiale marquée par une faible distance entre deux pour plusieurs réalités sociales* » (Lévy et Lussault 2003). Avec cette définition, la proximité fait sortir d'une considération surfacique (territoire) pour s'inscrire dans une dimension linéaire (distance). La question n'est pas de couvrir un territoire, mais de s'inscrire dans un réseau ou un schéma de déplacement. Être une structure de proximité peut donc se comprendre en termes d'accessibilité. Ici, on s'appuie essentiellement sur des éléments issus des observations dans les Centres Sociaux (voir partie I chapitre 4 – 2.1.2).

Pour les Centres Sociaux, cela va se traduire par deux dimensions. Comment l'accessibilité géographique est abordée dans les Centres Sociaux ? En quoi ces structures s'inscrivent-elles dans les dynamiques de leurs territoires, dans les pratiques des habitants et des usagers (**III.7.2.1**) ? La seconde dimension à prendre en compte est l'accessibilité au Centre Social en tant que lieu. On ne considère plus d'un côté le territoire et de l'autre les Centres Sociaux, mais la production de territoires, de micro-espaces appropriés en leur sein (**III.7.2.2**).

2.1. Travailler la proximité, travailler en proximité

La question de l'accès se traduit par plusieurs dimensions. Ici on ne s'intéresse pas à la question de l'accès physique aux locaux en cas de mobilité réduite par exemple, mais aux facteurs qui influencent la venue (au sens de déplacement) au Centre Social. Il s'agit de comprendre l'inscription du Centre Social au sein d'un environnement, d'un paysage local.

2.1.1. S'inscrire dans le paysage

2.1.1.a. La question de la signalétique

Les territoires d'agrément ont des dimensions très variables, passant de quelques centaines de mètres carrés à plus d'une dizaine de kilomètres carrés (voir partie I chapitre 1 – 2.1.2.a). Pourtant, quelle que soit la surface du territoire de l'agrément, la signalisation du Centre Social se concentre sur un périmètre réduit. Au cours de nos observations, nous avons relevé que la signalétique indiquant la direction du Centre Social est faible et se trouve près des centres. Les 6 panneaux de signalétique relevés pour 6 des 9 centres observés (voir figure 38) se trouvaient à une distance moyenne de 165 m à vol d'oiseau²³⁵.

²³⁵ Le calcul des distances s'est fait par le relevé sur le terrain de l'emplacement des panneaux, puis le calcul de la distance linéaire entre ce point et le Centre Social.

Chacun de ces Centres Sociaux ne bénéficiait que d'un panneau, signalant leurs directions que par l'une des voies d'accès possible. Dans la plupart des cas l'accès au Centre Social est donc conditionné au fait d'avoir déjà connaissance du lieu et des manières d'y venir. De plus, si certains de ces panneaux sont uniques (au sens où la direction du Centre Social est la seule indiquée), l'information sur la direction du Centre Social est généralement une parmi d'autre. Cela diminue encore l'efficacité de ces affichages, l'information se trouvant un peu « noyée ». Dans certains cas (notamment la photo 4 de la figure 38 – coin inférieur gauche) la sémiologie utilisée contribue à la mauvaise identification de ce qu'est un Centre Social. Ici, le Centre Social apparaît dans le même code couleur que la Maison médicale et le centre de secours, ce qui peut conduire, pour des personnes non familières avec les Centres Sociaux, d'y associer une dimension médicale à médicosociale et non socioculturelle.

Figure 38: Exemples de signalétique des Centres Sociaux et distance à la structure à vol d'oiseau



Distance au Centre Social : 176 m



Distance au Centre Social : 180 m



Distance au Centre Social : 104 m



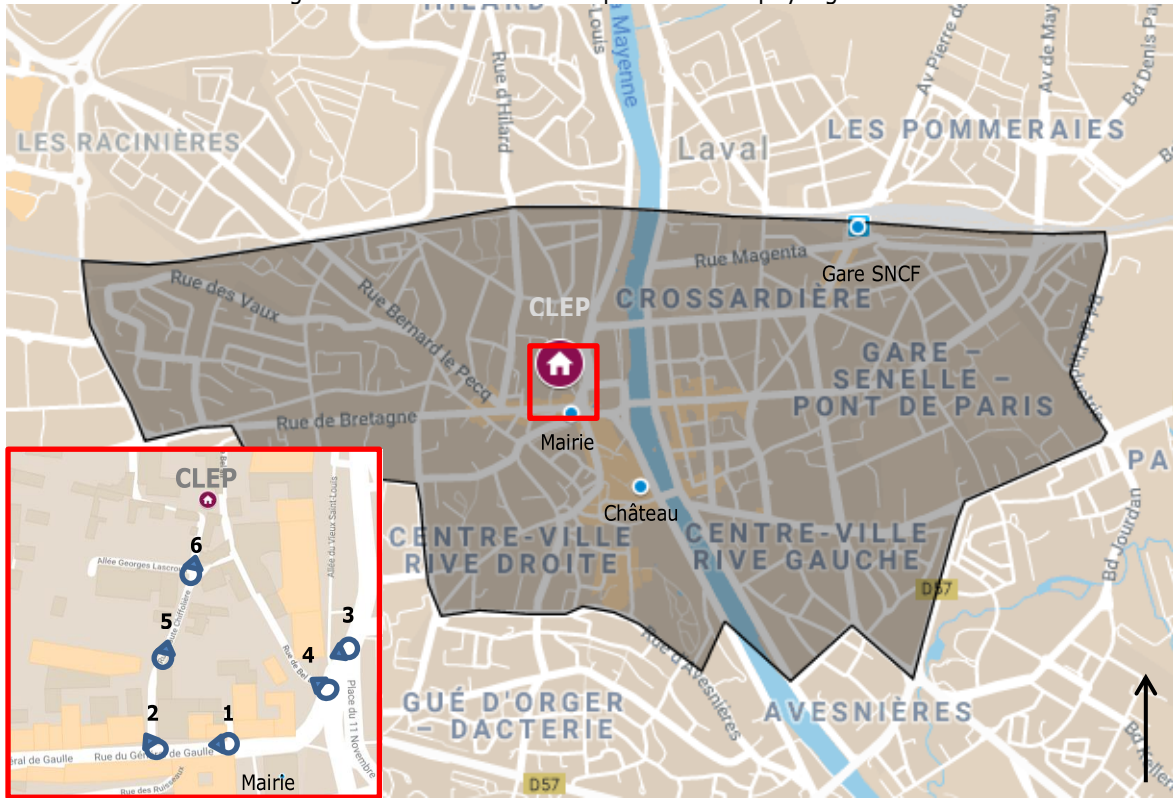
Distance au Centre Social : 256 m

Sources : Juliette Michel 2017-2018, Google Street view 2019 – Réalisation Juliette Michel

2.1.1.b. Des Centres Sociaux à la marge

Les Centres Sociaux sont rarement implantés dans des lieux centraux, au cœur de dynamiques des territoires dans lesquels ils s'inscrivent ce qui les rend d'autant plus difficiles à identifier. Prenons pour exemple, deux Centres Sociaux de notre échantillon couvrant des zones de centre-ville (que le territoire d'agrément soit ou non limité à ce quartier). Cette localisation centrale devrait permettre une inscription de ces Centres Sociaux dans le paysage pourtant ils sont situés en retrait des axes fréquentés et accessibles. La carte de situation du centre lavallois d'éducation populaire (CLEP – voir figure 39) montre que le centre a une position centrale au sein de la commune et au sein de son territoire. Il se trouve à 1 km de la gare, 100 m de la mairie et 500 m du château et se situe à une centaine de mètres de la rue de Général de Gaulle, axe commercial important du centre-ville.

Figure 39 : Situation et inscription dans le paysage du CLEP



- 1 : Rue du général de Gaulle
 2 : Croisement du Général de Gaulle et rue de la Haute Chiffolière
 3 : arrêt Gare TUL



- 4 : Vers la rue de Bel Air
 5 : Rue de la Haute-Chiffolière en direction du CLEP
 6 : rue de la Haute-Chiffolière, devant le CLEP



Sources photos : Juliette Michel novembre 2017, Google street view 2019 – Réalisation Juliette Michel 2019

Malgré cette situation centrale sur le papier, la situation du centre à l'arrière de cet axe, en fait un lieu périphérique à la dynamique du quartier. Situé au fond d'une impasse, il n'est ni visible ni indiqué depuis les lieux de passages, que ce soit au niveau de l'intersection avec la rue de Bretagne ou depuis l'arrêt de bus « Gare TUL » arrêt central du réseau de transports urbains. Les photos présentées par la figure 39 sont prises dans un rayon de 100 m autour du CLEP et se concentrent autour des deux principales voies d'accès au centre : la rue de la Haute-Chiffolière et la rue Bel-Air. La progression des photos montre que plus on s'approche du Centre Social plus le paysage change. Les 3 premières photos présentent des paysages de centre-ville : rues larges et commerciales, des trottoirs de chaque côté, des enseignes commerciales, des transports en commun, etc. Les trois photos suivantes montrent un paysage différent. Les rues sont plus étroites, il y a moins ou pas de trottoirs et le bâti est différent. Les immeubles sont plus bas, plus vieux, ont des façades plus sombres. Ces éléments montrent que bien qu'étant situé en centre-ville, le CLEP ne s'inscrit pas dans le paysage du centre-ville.

Dans le cas du Centre Social de Loir et bercé, l'implantation du Centre Social est également dans un quartier central de la commune, en retrait du centre commercial, mais à proximité d'autres services comme la mission locale et le pôle emploi. Ici, la question n'est plus la visibilité depuis les lieux fréquentés du centre-ville, mais plus la nature des activités autour du Centre Social. La proximité de ces services n'est pas avantageuse, au contraire, le fait d'être dans un espace de service et non dans un lieu résidentiel est une difficulté importante :

« Alors vous avez vu où on est implanté ici ? C'est... vide, c'est-à-dire que l'on est un Centre Social, il n'y a pas d'habitants autour du centre ce qui pose quand même un gros problème en termes de participation et d'appropriation du lieu si vous voulez ce n'est pas l'idéal » (entretien n° X).

Tableau 51 : Ma venue au Centre Social: ²³⁶

	Nb de citations	Fréquence
S'est faite via une connaissance/ami(e)	70	46,7 %
Est due à une information extérieure	62	41,3 %
Je l'ai recommandé à d'autre personne	59	39,3 %
Autre	28	18,7 %
Est due à l'inscription d'un membre de ma famille	15	10 %
Total des observations	150	100%

Source : auto-questionnaire SBE année 1 – réalisation Juliette Michel 2019

Arriver au Centre Social est alors le produit d'une démarche volontaire : on va au Centre Social, on ne passe pas par le Centre Social. Ce constat, illustré par des exemples de Centres Sociaux implantés dans des zones centrales, se retrouve d'autant plus dans ceux ne bénéficiant pas de telles situations. La venue au Centre Social est conditionnée à une connaissance préalable, personnelle ou de son entourage. Le résultat de l'auto-questionnaire SBE (voir partie I chapitre 4 – 1.2.1) montre que la venue au Centre

²³⁶ Question fermée à choix multiple

Social pour les plus de 60, passant la porte de la structure pour la première fois, est majoritairement due au bouche-à-oreille, à un membre de l'entourage connaissant les Centres Sociaux (voir tableau 51). Cela confirme le Centre Social comme une structure d'usagers plus que d'habitants, ce que conforte le fort taux de recommandation. Les usagers amènent de nouveaux usagers, mais il est difficile pour l'habitant d'identifier le Centre Social sans une connaissance préalable.

2.1.2. S'inscrire dans les habitudes

2.1.2.a. La continuité historique

L'inscription du Centre Social dans les habitudes nuance cependant ce constat. Certains Centres Sociaux, notamment ceux de quartier, bien que ne s'inscrivant pas dans le paysage de leurs territoires, bénéficient d'une proximité avec les habitants construite sur l'habitude. Ces Centres Sociaux s'inscrivent dans l'histoire du quartier et bénéficient ainsi des habitudes de leurs résidents.

Trois des centres de notre échantillon se sont constitués au moment de la construction des quartiers sur lesquels portent leurs agréments. Ces structures sont héritières de dynamiques associatives créées au moment de la construction des quartiers et se sont constituées comme Centre Social ensuite. Ces trois quartiers se sont constitués dans les années 60-70, deux dans des dynamiques d'accession à la propriété et un en s'inscrivant dans le mouvement des Castors. Dans les trois cas, il s'agit d'associations d'habitants mises en place soit dans la défense d'intérêts soit pour de la mutualisation d'outils et de moyens de construction ou d'entretien des maisons. Au fur et à mesure, les orientations ont changé pour prendre une teinte plus socioculturelle.

« Donc rapidement ils se sont dit, "y a rien sur le quartier, on a des enfants, il faut faire des activités pour nous, pour les enfants, pour nos jeunes... ". Au départ c'est surtout des enfants parce que c'était de jeunes ménages qui se sont installés à la fin des années 60. » (entretien n° II)

L'investissement de ces structures par et pour les habitants, dès les débuts de l'histoire du quartier, permet à ces Centres Sociaux de s'insérer dans les habitudes quotidiennes de ces premiers habitants. Ces centres, en tant que lieu, font partie des habitudes, même après l'institutionnalisation que représente l'agrément. Néanmoins, cette inscription est à double tranchant. Si les premiers habitants, à l'origine de la dynamique, investissent et intègrent le Centre Social dans leurs pratiques du quartier, ce n'est pas le cas pour les nouveaux arrivants.

La population des usagers des Centres Sociaux n'a pas évolué avec les évolutions du quartier. Prenons un exemple, un quartier construit dans la cadre de l'accession à la propriété dans les années 60, avec du bâti individuel et pavillonnaire et ayant dans la décennie suivante présenté du logement social en grand collectif. Le directeur du Centre Social souligne que sa fréquentation ne reflète pas tout à fait la mixité sociale du quartier :

« D'une certaine manière, il y a une mixité sociale qui se retrouve aussi au Centre Social. Bien que moins parce que maintenant les personnes qui sont issues des collectifs sont moins nombreux que les autres personnes fréquentant le Centre Social. Ça, c'est un problème sur lequel il faut qu'on s'attache... » (entretien n° II)

Or le Centre Social est physiquement plus proche des logements collectifs que des lotissements pavillonnaires. C'est l'histoire du Centre Social et du quartier qui le rend plus proche des résidents en pavillonnaire que des logements collectifs, d'autant plus que ces logements sociaux sont marqués par un important turn-over. Les personnes ne resteraient pas suffisamment longtemps pour intégrer le Centre Social dans leurs pratiques du quartier.

Inscrire le Centre Social dans les habitudes du territoire serait alors une question d'histoire, mais également de sa capacité à s'adapter à l'évolution du territoire. Cette adaptation à l'évolution du quartier se traduit aussi par la démographie. Dans l'exemple présenté, la partie « pavillonnaire » du quartier a vieilli et la population des usagers suit ce vieillissement (plus de 60 % des adhérents ont plus de 60 ans). Par contre, on ne retrouve pas le « rajeunissement » du territoire lié à l'arrivée de nouvelles familles dans les logements collectifs. Cela pose la question de l'ancienneté des usagers que l'absence de fichiers adhérents complets et continus dans le temps ne nous permet pas d'explorer plus avant.

2.1.2.b. Changer de territoire, changer de population

L'évolution du territoire des Centres Sociaux passe par la démographie, les dynamiques urbaines, ainsi que des changements physiques de ce territoire. Les territoires d'agrément sont sujets à évolution. Un périmètre de territoire peut changer en fonction des réformes territoriales ou des volontés des partenaires. Parmi les 9 Centres Sociaux observés, trois ont connu une évolution de leurs territoires d'agrément. Pour 2 d'entre eux, cette évolution fait suite à une réforme territoriale et pour le dernier, l'agrandissement du territoire de l'agrément provient d'une volonté de la municipalité d'harmoniser la couverture de son territoire par les Centres Sociaux. L'évolution des territoires d'agrément pour répondre à des besoins qui ne sont ni ceux du Centre Social ni ceux des habitants renforce la perception de l'inscription territoriale comme une considération exogène et les réticences à l'exercice du diagnostic.

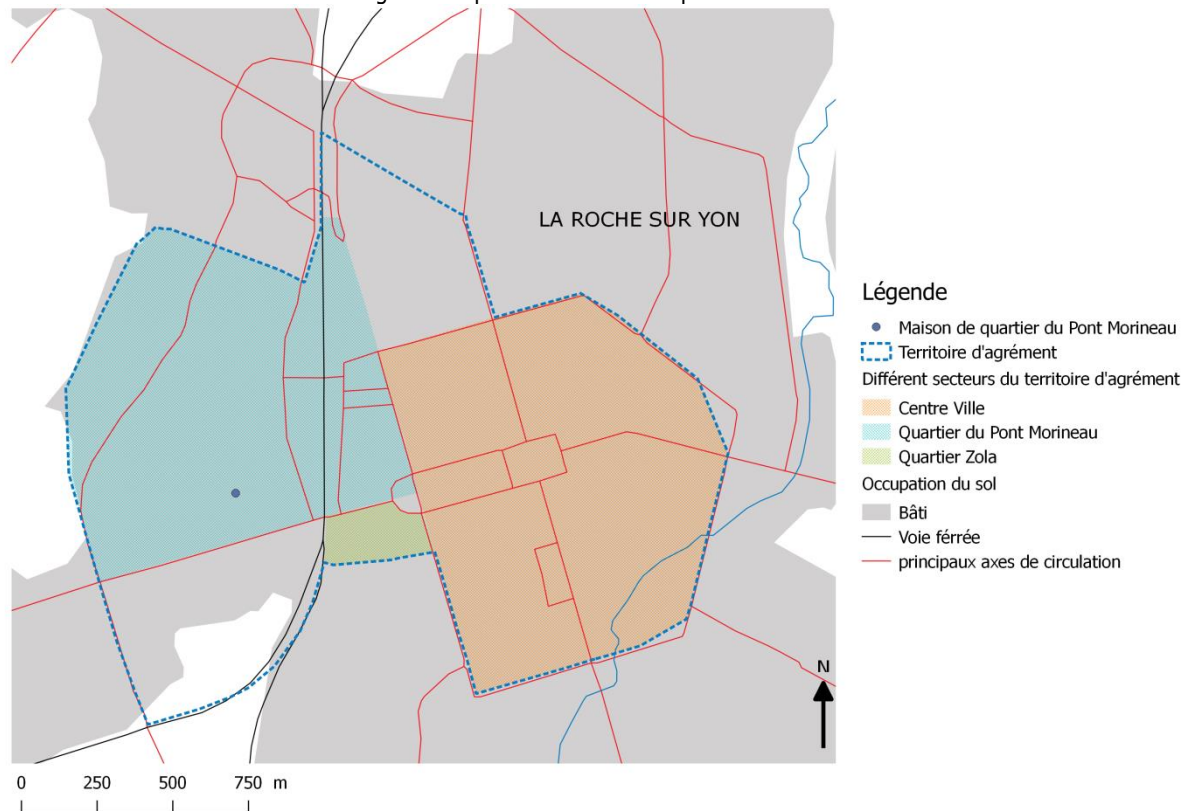
L'évolution des territoires pousse les Centres Sociaux à repenser leur manière de s'inscrire dans les habitudes des habitants. L'évolution des territoires d'agrément change le profil des habitants. Prenons l'exemple de la Maison de quartier Pont-Morineau dont le territoire d'agrément a changé 2 fois en 10 ans, intégrant à chaque fois un nouveau quartier (voir carte 16) :

« Pont Morineau, c'est une vieille cité cheminote, avec des maisons pavillonnaires, beaucoup de propriétaires et beaucoup d'ancien... Il a été rajouté, je ne sais plus en quelle année vers 2008 ou 2009, toute une zone qui s'appelle Zola qui est un quartier entièrement neuf sur une ancienne friche industrielle de la SNCF et là du coup il y a des logements sociaux et il a été classé en zone prioritaire depuis 2011, je crois... Donc on s'est retrouvé avec un quartier très atypique, très difficile à travailler, parce que l'on a un quartier pavillonnaire très ancien, avec une histoire et

[sur Zola] des habitants nouveaux avec un turn-over très important et des habitants qui ne se connaissent pas et qui n'ont pas d'histoire collective. Et ces dernières années, il a été ajouté le centre-ville, qui par définition est le siège de tous les commerces, des associations locales, voire départementales et donc, où il est très difficile d'identifier les habitants du centre-ville, puisque dans le centre-ville tout le monde s'y promène... Alors sur le centre-ville c'est très difficile parce qu'il faut que l'on cible les zones où on est à peu près sûr que les habitants du centre-ville vont venir, ce n'est pas que l'on ne veut pas s'occuper des autres, mais c'est que l'on a une priorité sur les habitants. On a la zone de Zola avec un turn-over important, beaucoup plus de jeunes, donc des gens qui ne sont pas disponibles en journée, qui ont des familles un travail et qui sont peu investis, où que l'on n'arrive pas à investir suffisamment... et on a tout le vieux quartier qui lui fonctionne bien parce que c'est lui qui est à l'origine.» (entretien n° XV)

La proposition du Centre Social va s'adapter à ces différentes zones et à leurs habitants. Puisque les personnes fréquentant le Centre Social sont les personnes du « vieux quartier », il va donc s'agir de déplacer des activités dans les secteurs où les habitants ne se déplacent pas jusqu'aux locaux du centre. Les activités sont principalement des activités en plein air.

Carte 16 : Secteurs et territoire d'agrément pour la Maison de quartier du Pont Morineau à La-Roche-sur-Yon



Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016 – entretien n°XV – réalisation Juliette Michel 2019

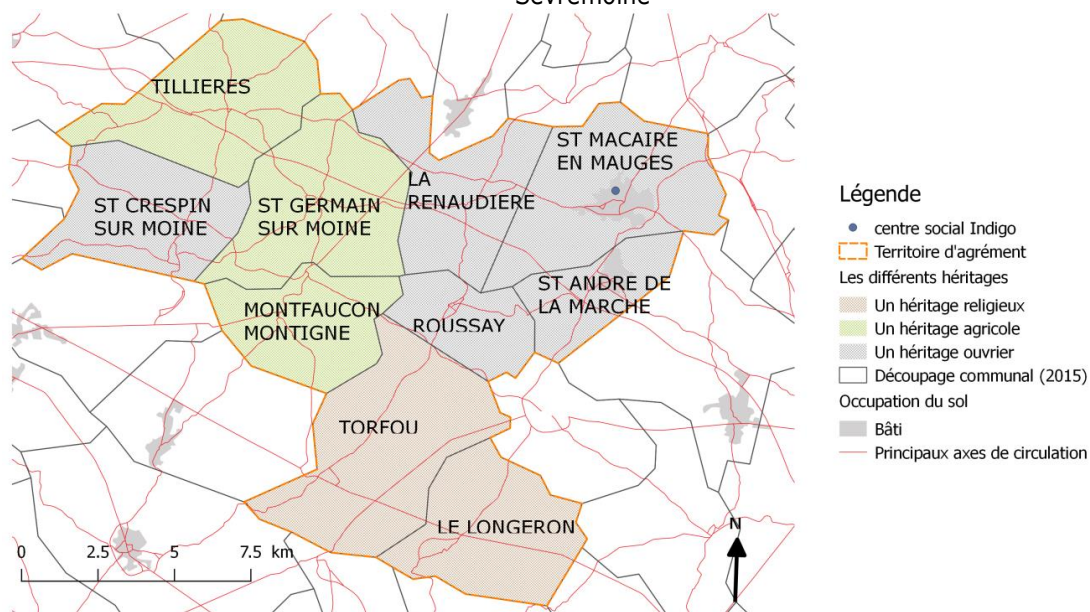
Le développement d'actions dites « hors les murs » est une tendance dans de nombreux Centres Sociaux. On peut y voir un mode de réponse à la problématique de l'inscription du Centre Social dans le territoire. En sortant les activités des locaux, les centres investissent plus fortement leurs territoires pour se rapprocher des habitants. Pourtant cet investissement se fait dans des zones proches des locaux des

Centres Sociaux quand on pourrait s’attendre à un investissement d’espaces plus lointains afin de, justement, se rapprocher d’habitants qui ne fréquentent pas le Centre Social. Dans un cas il va s’agir d’une « animation au coin de la rue » ; dans un autre, il s’agit de s’installer sur le parking devant le Centre Social, dans un troisième, bien que située un peu plus loin des locaux du Centre Social, l’action reste sur la commune d’implantation quand le territoire de l’agrément est intercommunal.

2.1.2.c. Les antennes : une adaptation aux habitudes plus qu’au territoire

Pour trouver une inscription plus « lointaine » aux locaux du Centre Social, il faut se pencher sur les Centres Sociaux proposant une délocalisation de leurs actions dans d’autres locaux. L’hypothèse de départ concernant le fonctionnement en « antenne » était de les retrouver dans les Centres Sociaux intercommunaux. Les territoires étant sensiblement plus vastes, le recours à la délocalisation des actions semblait être un moyen de combler ses distances. Pourtant les « antennes » ne sont pas une pratique caractéristique des Centres Sociaux intercommunaux. Non seulement ils n’en ont pas tous, mais ils ne sont pas les seuls à y avoir recours. Le recours aux antennes n’est pas tant lié à la distance, mais plus à une d’habitude de pratique du territoire par les habitants.

Carte 17 : Les différents pôles territoriaux identifiés sur le territoire du Centre Social Indigo à Sévremoine



« On va dire sur le territoire, tu as le paquet la Renardière, Roussay, St Macaire, St André, qui peut fonctionner un peu ensemble et qui peut-être tourner vers Cholet, avec une histoire industrielle proche [...] la chaussure tout ça, les usines... ensuite tu as Torfou Le Longeron qui est soit tourner vers Cholet ou vers le 85 et vraiment là marqué par la culture religieuse [avec] une congrégation sur Torfou [...] et ils vivent un peu en autarcie, ils fonctionnent bien ensemble [...] donc nous des difficultés à intervenir chez eux, ils sont une habitude du travaille ensemble, mais après pour faire entrer les gens à l’intérieur c’est plus compliqué... et après du a 4 communes, l’ex-communauté de communes Sèvre et Moine, eux aussi ont l’habitude de travailler ensemble, des personnes très mobiles, parce que tu vois la plus grosse commune c’est St Germain [...] pas forcément avec une supérette sur place [...] donc eux tourner plus vers St Macaire ou Valette-Clisson et puis là tu as ici c’est on va dire vignoble 5...]St Crespin avec un autre mentalité, avec les usines et l’industrie qui va se rapprocher de St Macaire... [...] St germain et St Macaire ont toujours été en opposition ... enfin les 2 communes où il y a eu des gros pôles industriels » (entretien n°XIII)

Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016 – entretien n°XIII – réalisation Juliette Michel 2019

Les raisons du recours aux antennes pour les Centres Sociaux intercommunaux de notre échantillon sont très différentes. Dans un cas (Centre Social Indigo à Sévremoine), il s’agit de s’aligner sur le fonctionnement du territoire. L’intercommunalité s’organise autour de 3 pôles, héritage du territoire, avec un secteur marqué par une histoire ouvrière, l’autre agricole et le dernier religieuse. Les habitants et les

habitudes de vie s'articulent en fonction de ces 3 polarités qui conditionnent les déplacements (voir carte 17).

« Donc c'est au Centre Social d'aller sur les communes, ce qui n'est pas vrai si tu prends les collègues de Chemillé, parce que Chemillé c'est le cœur économique, au milieu et tous les gens ont l'habitude d'aller à Chemille, alors que nous, comme on te l'a dit avec les 3 pôles, ce n'est pas vrai donc c'est à nous d'aller en proximité » (entretien n° XIII).

C'est donc la particularité du territoire et de son organisation qui pousse le Centre Social à avoir recours au fonctionnement par antenne.

En choisissant de déplacer les activités pour s'inscrire dans les territoires de vie, le Centre Social se rend plus facilement accessible, notamment pour les personnes de plus de 60 ans pour lesquels l'avancée en âge est un facteur de rétrécissement du territoire de vie (Morval 2006). Déplacer les activités demande beaucoup de logistique et de manutention, le Centre Social ne disposant pas de locaux dans toutes les communes. Les salles mises à disposition sont des espaces polyvalents, pouvant servir à un accueil de loisir un jour et à un tournoi de belote de lendemain. Malgré la volonté d'aller dans les communes, les facilités et les habitudes de déplacements des habitants jouent également un rôle important dans les choix de localisation des activités.

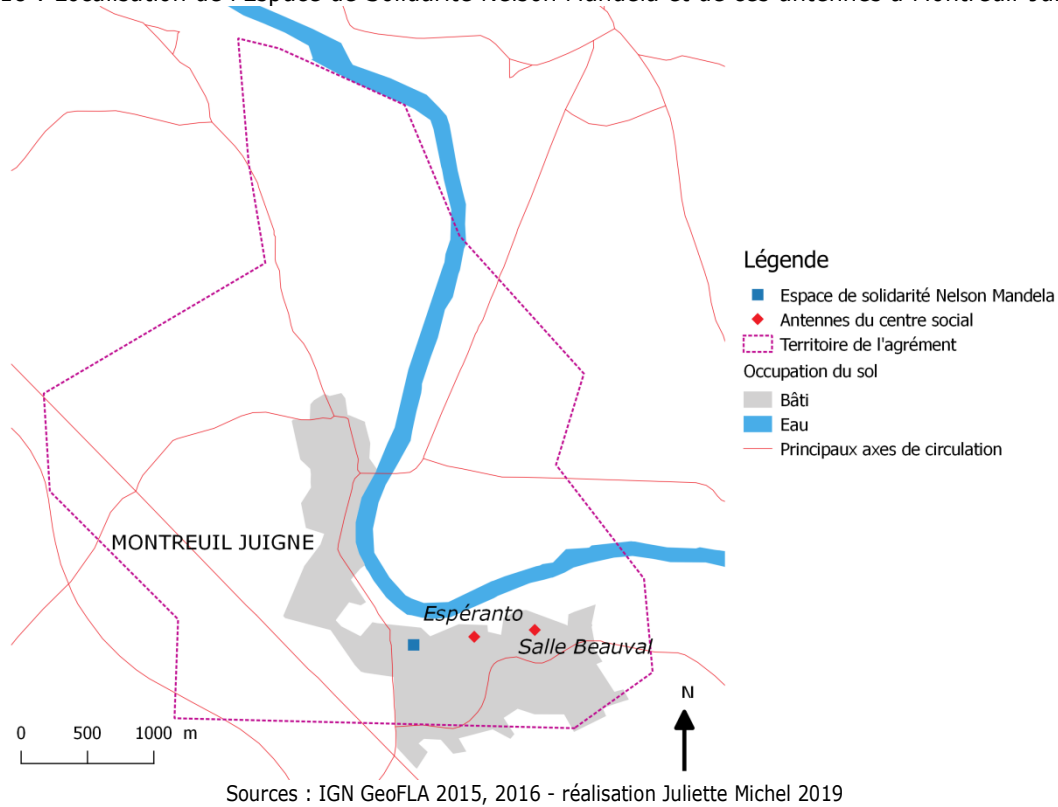
« C'est vrai qu'au final on propose beaucoup d'activités ici [à St Macaire], mais c'est aussi que les personnes de St Crespin ou St-Germain, ils ont l'habitude de venir ici pour faire les courses par exemple. Tu peux leur demander de venir à St Macaire ça leur pose aucun problème, par contre tu demandes à des personnes de St Macaire d'aller à St-Germain ou St Crespin c'est quasi impossible. » (Entretien n° XII)

La question d'habitudes de déplacement se retrouve dans des Centres Sociaux n'ayant pas un territoire intercommunal. C'est par exemple le cas dans un Centre Social municipal de Montreuil-Juigné travaillant autour de 3 sites différents, l'Espace solidarité Nelson Mandela, l'antenne Espéranto et la salle Beauval (voir carte 18). Il y a les locaux principaux du centre dans le centre-bourg et deux antennes. Les activités se déroulent principalement dans l'une de ces antennes, Espéranto. Les professionnels du Centre Social constatent une difficulté à faire venir les usagers au Centre Social alors que les deux sites ne sont distants que de 450 m à vol d'oiseau²³⁷.

« Après souvent c'est la question de la mobilité. Ce que l'on peut trouver étonnant, parce qu'il y a une ligne droite à faire, mais souvent c'est ce que les habitants disent [...] donc on se dit qu'il y a quand même un questionnement autour de la mobilité, même si quand on a travaillé dans des grandes villes on se dit que la question ne se pose pas forcément alors qu'il y a des distances plus grandes.... Mais il y a un attachement des habitants à leur quartier d'habitations, ils voudraient que tout soit en proximité. » (entretien n° XI).

²³⁷ Les antennes, distantes de 450m sont situées dans la même rue

Carte 18 : Localisation de l'Espace de Solidarité Nelson Mandela et de ces antennes à Montreuil-Juigné



S'inscrire dans la proximité revient à s'adapter aux habitudes des usagers et à proposer des activités dans ce qu'ils considèrent proche et accessible au vu de leurs pratiques de déplacement. Si ces considérations permettent de s'inscrire dans la proximité des usagers, elles ne permettent pourtant pas de s'inscrire dans les pratiques des habitants non usagers. Ce sont les retours et les habitudes des usagers qui décident du déploiement des activités sur le territoire, et ce même s'il y a un constat que les pratiques des habitants les dirigent vers d'autres espaces. Le poids en termes de moyens logistique et humain est un facteur important dans l'explication de ce choix.

« Effectivement on toucherait plus de gens si on allait proposer des activités dans les communes, mais faut avoir les moyens aussi. Prends le RAM²³⁸ par exemple. Ben proposer un RAM ça veut dire avoir un local, déplacer de quoi équiper la salle pour les petits, donc avoir un véhicule utilitaire et avoir une personne qui a le temps d'arriver une demi-heure plus tôt, faire la maintenance, repartir ensuite... et tout ça sans savoir combien de gens font venir, parce que bon l'idée des actions des centres c'n'est pas la participation obligatoire ! Donc soit on consacre du temps et des moyens là-dessus sans être sûr du résultat pour peut-être toucher des nouveaux habitants, soit on développe ce que l'on a déjà en se basant sur les attentes et les besoins des gens que l'on connaît... J'avoue que vu le contexte le choix est vite fait » (Directeur de Centre Social – échange informel).²³⁹

²³⁸ Relais assistantes maternelles

²³⁹ Première phase du terrain

En s'inscrivant dans les habitudes de leurs usagers plus que dans celles des habitants, les Centres Sociaux attirent toujours le même type de public au détriment de publics moins mobiles, connaissant moins le territoire (voir III.7.2.1.1.b.). C'est ce que l'on retrouve dans la structuration de leur public de plus de 60 ans. Ceux-ci sont principalement des personnes autonomes et mobiles (80 % des répondants à l'autoquestionnaire SBE²⁴⁰ déclarent n'avoir pas de difficulté à se déplacer en voiture). Seuls les usagers des transports solidaires ou de services aux domiciles (Jardin'âge, portage de livres) présentent un autre profil (voir partie II chapitre 6 – 1.2).

2.1.2.d. Appropriation du territoire

Ce mode d'intervention basé sur des habitudes d'usagers qui ne dépendent pas du Centre Social ne permet pas de créer une appropriation du territoire d'agrément. Le Centre Social va s'inscrire au sein de pratiques et d'une identité de territoire déjà existante sans en générer de nouvelles. C'est ainsi que certains Centres Sociaux ou antennes vont être uniquement identifiées par leur localisation et non par le territoire sur lequel ils sont censés s'inscrire. Par exemple, on peut entendre les adhérents d'un Centre Social intercommunal (Espace socioculturel du Candéen) y référer comme à « La Ramée », nom du quartier où sont situés les locaux (voir carte 19). Pour ces personnes, ne résidant pas à la Ramée, mais étant des habitants du territoire d'agrément, venir dans ce quartier ne tient pas d'une habitude. Le lieu est identifié, nommé et mis en opposition avec leurs quartiers ou leurs communes de résidence. Le périmètre du territoire de l'agrément est connu de ces adhérents, principalement au travers de la grille tarifaire préférentielle pour les habitants du périmètre. Mais il n'est pas pour autant reconnu comme un territoire dans leurs pratiques quotidiennes ou leurs pratiques du Centre Social qui n'est pas perçu comme une entité existante en dehors de locaux de la Ramée.

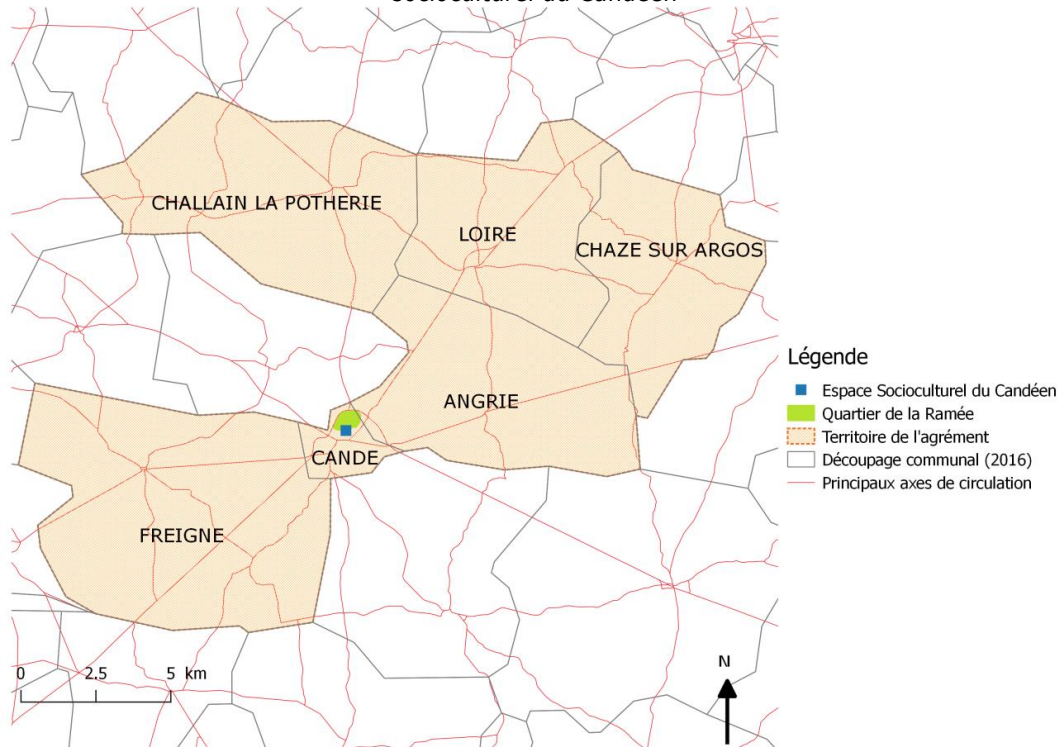
Les localisations « à la marge » des Centres Sociaux encouragent des « effets de tunnel » dans les déplacements menant aux structures. On va au Centre Social pour le Centre Social, il s'agit d'un trajet en soi qui n'est que rarement associé à d'autres déplacements (course, garde d'enfant, etc.). Le déplacement domicile/Centre Social n'encourage pas une pratique plus particulière des environs du Centre Social. Ils sont rarement desservis par les transports en commun, le déplacement se fait donc essentiellement en voiture, ce qui pose des questions de stationnement suffisant. Cet effet de tunnel s'illustre par les propos d'une adhérente arrivant en retard à son activité, faute d'avoir trouvé facilement à se garer « *Quand j'ai vu le parking, j'ai failli ne pas venir du coup ! Mais bon je me suis dit, je suis venue jusque-là, ce serait dommage... au final j'ai trouvé une place pas loin derrière... tu savais qu'il y avait une boulangerie dans ce quartier toi ?* »²⁴¹. La surprise de cette adhérente de trouver une boulangerie à proximité d'un Centre Social, qu'elle fréquente pourtant depuis plusieurs années, est significative du manque de lien entre la pratique de la structure et la pratique de son territoire. En

²⁴⁰ Auto-questionnaire SBE 2^{ème} année, 103 répondants, question fermée à choix unique

²⁴¹ Seconde phase du terrain

d'autres termes, le Centre Social n'est pas connecté au reste du territoire alors que ce lien au territoire est justement mis en avant dans leur approche du bien-vieillir.

Carte 19 : Situation du Quartier de la Ramée par rapport au territoire d'agrément de l'Espace socioculturel du Candéen



Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016 - réalisation Juliette Michel 2019

2.2. Le Centre Social comme lieu

Le Centre Social ne permet pas une appropriation du territoire ou la construction d'une identité autour de celui-ci. Pourtant cette appropriation existe à l'échelle des locaux. La structure physique du bâtiment tient un rôle important dans ce que fait, propose et peut proposer le Centre Social, notamment pour ce qui est de la participation des plus de 60 ans.

2.2.1. « Être » un Centre Social : plan et façades

2.2.1.a Identité extérieure

Plusieurs définitions des Centres Sociaux les présentent comme des « foyers d'initiative », des « maison [s] pour tous, ouverte [s] aux besoins et aux envies des habitant(e)s » (Fédération des Centres Sociaux de Loire-Atlantique 2017). Cela confère à la dimension physique des Centres Sociaux une place particulière dans leurs fonctionnements. Être un foyer ou une maison ouverte suppose une identité extérieure marquée afin que les habitants puissent identifier le bâtiment comme tel. S'inscrire dans un paysage ne suppose pas seulement une localisation dans des espaces ou des dynamiques qui le structurent, mais également une identité visuelle lisible pour l'habitant.

Figure 40 : Exemples d'extérieurs de Centres Sociaux



Office socioculturel de Donges - 44



Maison de quartier du Pont Morineau -
La Roche sur Yon - 85



Centre Social Indigo - Sévremoine - 49



Centre socioculturel municipal - Thouaré sur Loire - 44



Centre socioculturel La Fontaine -
St Sébastien sur Loire- 44

Source : Shani Galand 2017, Juliette Michel 2017,2018, Google street Map 2019. Réalisation Juliette Michel 2019

Les observations mettent en avant une absence d'identité visuelle des Centres Sociaux. Il peut être situé dans une maison, un bâtiment en étage, un bâtiment de plain-pied, une construction mitoyenne ou isolée, etc. (voir figure 40). Dans certains cas, l'absence d'une identité extérieure marquée est une difficulté supplémentaire pour faire passer la porte du Centre Social.

«Le bâtiment en lui-même, tu passes devant, si tu ne sais pas que c'est un Centre Social tu passes... le marqué architectural de l'extérieur c'est important! C'est souvent... par exemple quand on a été à Angers [dans un autre Centre Social]... voilà, tu passes devant tu vois que

c'est un centre, c'est marqué, il y a un truc, c'est un bâtiment public... Ici les gens passent devant "ben tiens il y a un truc de bureau"... Ce n'est pas ouvert sur l'extérieur... il y a plein de gens, de parents qui sont à l'école en face qui ne savent pas ce que c'est ce bâtiment. Donc ce n'est pas un lieu de rencontre pour eux... Et quand on essaie de les attirer à l'intérieur [...], les gens ont peur de passer la porte parce que s'ils passent la porte ils vont se dire que si je passe la porte je vais y rester 2 h » (entretien n° V).

La question de la façade rejoint la question de l'agencement intérieur du Centre Social. Plusieurs professionnels soulignent l'intérêt du travail de l'espace des locaux comme un outil au profit des objectifs du centre. Ces réflexions tournent généralement autour de deux aspects majeurs : l'importance d'un espace d'accueil ouvert et la question de la modularité ou la spécialisation des salles d'animations.

2.2.1.b. Le rôle des accueils

Le caractère de « maison ouverte » passe par la possibilité d'offrir un accueil ouvert et non contraignant, ne serait-ce que par la configuration des locaux. *« Il faudrait un grand hall d'accueil, un accueil où les gens se sentent bien, où ils peuvent éventuellement venir prendre un café... l'accueil c'est un outil de travail qui est vachement intéressant »* (entretien n° V). Au travers des propos des professionnels sur l'accueil et leurs souhaits d'aménagement de celui-ci, on retrouve une distinction entre habitant et usagers.

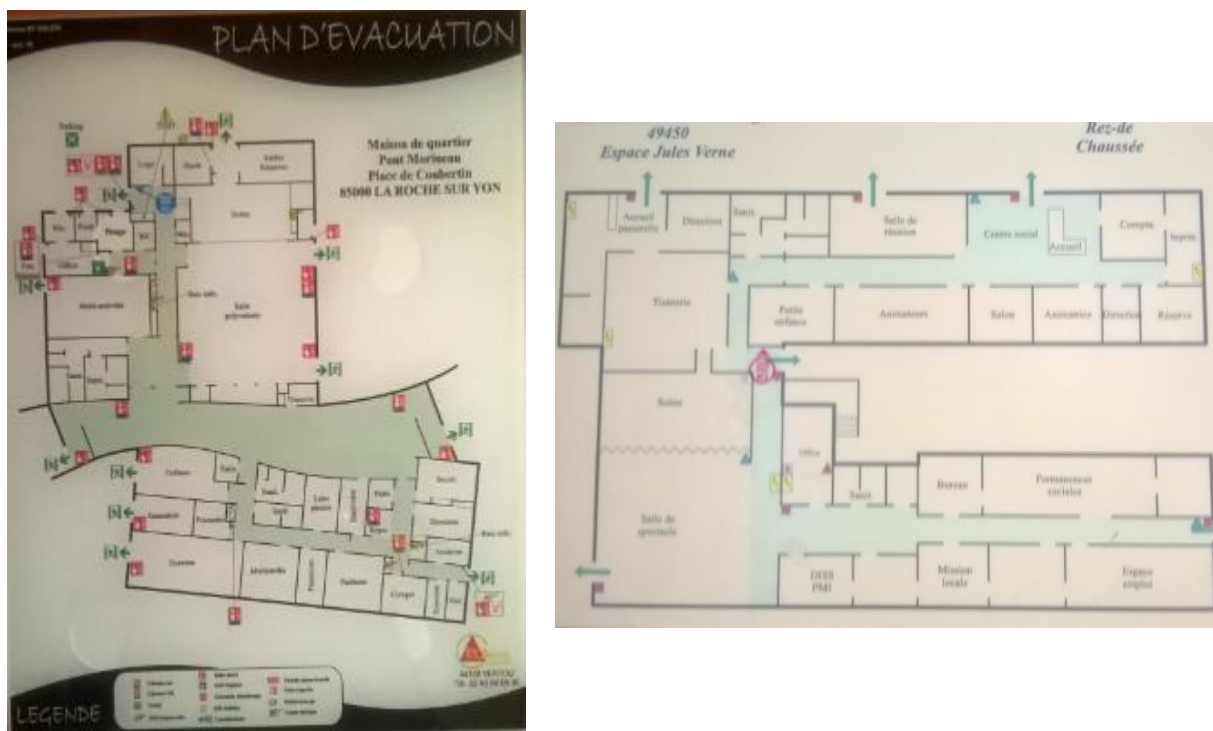
Les accueils des Centres Sociaux dans leur grande majorité sont des lieux d'usage. Cette dimension d'usages se retrouve d'autant plus dans des Centres Sociaux dont les locaux sont marqués par un autre héritage qu'une pratique socioculturelle.

« Ici se sont implantés dans ce bâtiment-là, plutôt des services sociaux, services médicosociaux du département et ça a été transformé peu à peu en centre socioculturel. Le bâtiment a été transformé peu à peu en centre socioculturel, ce qui explique un peu la forme architecturale bizarre pour un Centre Social où on n'est pas du tout à notre aise dans les bâtiments... » (entretien n° V).

Cela se retrouve dans des Centres Sociaux s'installant dans des locaux neufs. *« Quand je suis arrivée ici, je trouvais que l'identité du Centre Social, en tout cas ici dans les locaux, ressortait peu, c'était plutôt l'aspect administratif »* (entretien n° XI). Il est intéressant de noter que ce Centre Social travaille avec des antennes dans des locaux qui ne sont pas marqués par un caractère administratif. L'un est une salle polyvalente et l'autre un appartement. C'est dans ces locaux-là que se déroulent la plupart des activités. L'accueil du Centre Social quand il est marqué par ces dimensions administratives se limite alors à cette dimension d'usage. Il faut avoir une connaissance de la structure ou y venir dans le but de la connaître ou de pratiquer une activité pour faire la démarche de s'adresser à cet accueil. C'est ce que regrettent certains professionnels. Ces manques en matière d'accueil ne permettent pas au Centre Social d'être un lieu de passage dans le quotidien des habitants.

Un des centres de notre échantillon a connu un changement de locaux qui a été l'occasion pour les équipes du Centre Social (professionnels et bénévoles) de s'impliquer dans la démarche de construction. Le Centre Social a été associé à la rédaction du cahier des charges pour l'appel à projets. Autour de la question de l'accueil, la commande a été la suivante : « *le concept général c'était... on voulait que ce soit un équipement où les gens passent c'est pour ça que l'on a fait cette rue traversante* » (entretien n° XV). Le Centre Social s'articule autour de cet espace central. Cet espace contient l'accueil, un lieu d'exposition, et un endroit où s'asseoir et boire le café. L'espace n'est donc ni marqué administrativement ni marqué par l'usage « Centre Social ». Les habitants peuvent passer par la maison de quartier sans pour y faire réaliser une démarche ou une activité.

Figure 41 : Comparaison entre les plans de deux Centres Sociaux



Sources : Juliette Michel octobre et juin 2017

Les deux plans présentés dans la figure 41 permettent de voir la différence qu'il peut y avoir entre des locaux jugés trop administratifs (droite) et le Centre Social qui a participé au projet de bâtiment (gauche). Sur le premier plan, l'espace d'accueil (en vert au centre) est central dans les circulations au sein de la structure. Il est possible de traverser le Centre Social sans quitter cet espace et il faut passer par là pour passer d'une aile à l'autre du bâtiment. Dans le second plan, l'accueil est au bout de l'une des ailes et à la fin des circulations. Le couloir (en bleu) dessert principalement des espaces de bureaux. Les circulations ne sont donc pas empruntées pour autre chose que l'usage que l'on a du bâtiment.

Les réflexions autour des espaces d'accueil se retrouvent en géographie de la santé. Comme le souligne Rosemary Gillespie « *plus qu'une toile de fond neutre aux relations sociales, l'architecture, la matérialité et l'espace peuvent soutenir les discours culturels dominants, les divisions sociales et les inégalités* »²⁴² (Gillespie 2002 - p.211). À partir de ce constat, un corpus se développe dans la géographie de santé anglo-saxonne proposant une réflexion autour des liens entre les lieux d'accueil des services de santé, leurs accessibilités et la manière dont ils peuvent, on non encourager la participation communautaire²⁴³. Si ces considérations vont du cabinet de généraliste (Conradson et Moon 2009 ; Eggleton, Kearns et Neuwelt 2017 ; Agarwal 2009) à la pratique hospitalière spécialisée (Gesler 1993 ; Curtis et al. 2007), elles trouvent un écho particulier ici en ce qu'elles réquisitionnent la question de l'accessibilité des structures par l'architecture et l'aménagement de l'espace. Listée parmi les concepts géographiques centraux à la compréhension des soins de santé primaires (Crooks et Andrews 2009), l'accessibilité se comprend en termes de distance géographique et dans ce qu'elle permet effectivement aux individus de solliciter et de participer au service. Robin Kearns et Pat Neuwelt (2009) montrent que, dans le cas d'une clinique, la manière dont l'espace de réception est vécu ou non comme accueillant, accessible peut influencer la décision de la personne d'avoir recours aux soins. C'est ce que l'on retrouve dans les Centres Sociaux. La manière dont l'accueil est agencé, dont il s'inscrit dans les circulations globales du bâtiment, va avoir un rôle sur l'engagement de la personne dans la structure, sa participation et donc l'apport du Centre social en matière de bien-vieillir (voir partie II chapitre 6).

2.2.2. Créer, marquer et s'approprier des espaces

2.2.2.a. Identités, groupe et disposition des salles

Le second point à aborder quant à la question des locaux est celui des salles. Il s'agit de comprendre la possibilité d'animation permise par l'agencement des salles en elles-mêmes et entre elles. On remarque ainsi que la mixité des publics des Centres Sociaux, notamment au niveau des générations (voir partie II chapitre 6 – 2.3), est essentiellement travaillée au niveau des locaux.

Si les groupes au sein des activités sont relativement homogènes, c'est dans les contacts avec d'autres groupes au sein du Centre Social que les relations vont se créer. C'est ce qu'illustre les propos de ce coordinateur quant à l'importance d'avoir un accueil ouvert, d'« *avoir lieu de rencontre où tu peux venir... et aussi de mixité plutôt que d'avoir plein de petites salles où tu t'isoles les uns des autres et du coup ça fait des territoires par groupe* » (entretien n° V).

Les salles des Centres Sociaux sont des espaces qui, pour la durée de l'activité, deviennent des territoires spécifiques à la population qui les fréquente. Les agencements de la salle s'adaptent à la pratique de l'activité, et, le temps d'une après-midi, la salle de concert devient une salle de jeux. La mise

²⁴² Notre traduction — "rather than a neutral backdrop to social relations, architecture, materiality and space can uphold dominant cultural discourses, social divisions and inequalities."

²⁴³ Community participation

en place de salle, que celle-ci consiste en un vrai déménagement avec le déplacement de tables et de chaises ou juste à sortir le nécessaire à l'activité, est un temps spécifique où le groupe va prendre possession de l'espace et en faire un lieu particulier. C'est au cours de ce temps-ci que « la salle du Centre Social » devient « la salle de l'activité » et par extension la salle du groupe (voir figure 42).

Figure 42 : Exemple de configuration d'une salle en fonction des activités



Salle non utilisée



Repas de l'atelier cuisine



Atelier Patchwork

Source : Juliette Michel - Février 2018

La manière dont les personnes s'installent dans les salles révèle des habitudes. Chacun prend sa place, en fonction de son rôle dans le groupe ou de ses affinités et cette place ne change pas d'une semaine à l'autre. En arrivant dans la pièce, les groupes se reforment et reprennent leurs habitudes.

« Et s'il manque une chaise ou une table, on te le fait bien remarquer ! Le placard à fourniture, c'est leur placard attention ! Faut pas aller déranger... C'est assez drôle des fois comme ils peuvent investir la pièce... À un moment on ose plus aller afficher les informations du centre ! Bon j'exagère, mais quand même c'est un peu ça ! » (chargé de secteur adulte - échange informel).

Cette appropriation des lieux passe par le marquage de ces espaces avec de la décoration, des éléments retraçant soit l'histoire soit la dynamique du groupe. Par exemple, la figure 43 montre l'affichage proposé au groupe senior dans l'un des Centres Sociaux de l'échantillon. On peut y voir les affiches des activités

passées, une « recette » et surtout un calendrier des anniversaires du membre du groupe. Cette appropriation des lieux passe le marquage de micro-espace par un groupe. Dans notre exemple, il s'agit des plus de 60 ans, mais on va retrouver des mécanismes similaires pour les espaces jeunesse ou enfance. La mise en place de ces marqueurs fait partie d'une « mise en scène » de l'appropriation de l'espace par les usagers (Zeneidi-Henry 2013).

Figure 43 : Affichage du groupe senior



Source : Juliette Michel – février 2018

Cette territorialisation des groupes et des pratiques dans le Centre Social peut générer des conflits d'usages de l'espace, notamment entre les générations. « *Les vieux ils sont partout ! Ils s'installent ! Attention c'est très bien, je ne dis pas le contraire, mais bon des fois ça peut-être un peu compliqué avec les jeunes par exemple* » (chargé de secteur adulte – échange informel)²⁴⁴. La cohabitation entre les générations n'est donc toujours quelque chose de simple à mettre en place au sein du Centre Social, leurs usages de la structure étant différents. La gestion de cette cohabitation nécessite de la pédagogie de la part des professionnels du Centre Social : « *on rappelle aux uns que, si ça fait un peu de bruit c'est normal, c'est vivant et aux autres de rester dans les limites du raisonnable... en fait on leur apprend un peu le vivre ensemble (rire)* ».

Le partage de l'espace et le fait de côtoyer d'autres générations peut certes générer des conflits d'usage, mais c'est par cette dimension de pluri générationnel que le Centre Social se distingue dans sa proposition aux personnes âgées. Le fait d'être dans le même lieu que des générations plus jeunes permet d'éviter une forme de stigmatisation qui est appréciée par les usagers des plus de 60 ans : « *je n'avais pas envie d'aller dans un truc de vieux, faire des trucs de vieux avec des vieux ...là on vient entre copains faire un truc qui nous plaît et on ne nous fait pas de la place parce que l'on est des anciens* »²⁴⁵.

Ce brassage des publics par le contact des populations de chaque activité est d'ailleurs un point de vigilance que l'on retrouve dans plusieurs Centres Sociaux :

« parallèlement on avait des vigilances parce qu'avant, dans le vieil équipement on avait quasiment une salle unique de fonctionnement et les activités se déroulaient dans la même salle... ça avait un inconvénient parce qu'il y avait de la manutention,... changer les trucs, les calendriers c'était dur à gérer... mais en même temps il y avait vraiment du brassage de public et de l'intergénérationnel et de la rencontre... et là, avant même de rentrer ici, on a travaillé notre projet pour faire attention qu'il n'y est pas de l'entre soi, parce que l'on est plus riche en salles donc chacun aurait pu se dire chacun sa salle et on se rencontre pas... c'est pour ça que l'on a travaillé avec le groupe d'organisation, tout un projet pour que les gens continuent à se rencontrer. » (entretien n° XV).

Ou encore les réflexions quant à la modularité d'une grande salle d'activité dans un autre centre « *que l'on puisse aménager avec des modulaires pour faire un peu ce côté intergénérationnel que l'on ait des adultes sur un atelier, des jeunes qui viennent sur quelque chose d'autre que ça puisse vivre que ce soit ouvert...* » (entretien n° XIII).

2.2.2.b. Permettre l'appropriation

La question de l'appropriation des locaux et du fait de se « sentir chez soi » est travaillée dans la plupart des Centres Sociaux. Les Centres Sociaux décident rarement de la configuration de leurs locaux. Dans

²⁴⁴ Première phase de terrain

²⁴⁵ Propos recueilli lors d'un atelier aquarelle – Seconde phase de terrain

l'ensemble des centres rencontrés, un seul a participé au cahier des charges du bâtiment dans lequel il se trouve. Le reste du temps, il s'agit de locaux mis à disposition par la municipalité ou l'intercommunalité. Il s'agit donc de travailler ses locaux afin qu'ils puissent permettre l'appropriation, qu'ils puissent donner lieu à création de ces micro-espaces appropriée. Cela va passer par la recherche de mobilier comme par la familiarisation et l'investissement de la décoration. La question du mobilier, évoqué avec la question des salles modulables, est importante dans la création d'une possibilité d'appropriation *« on prend des tables légères, pliables... parce que sinon c'est bien joli de dire "voilà la salle mettez-vous comme vous voulez" s'il faut un monsieur muscles pour bouger les tables, ça va être difficile pour les mamies du tricot »* (directeur de Centre Social – échange informel)²⁴⁶.

Mais l'appropriation des Centres Sociaux ne se fait pas d'elle-même. Il s'agit dans un premier temps de faire venir les personnes à l'intérieur de la structure, ce qui peut être rendu difficile par la localisation des locaux (voir III.7.2.1.1.b.) ainsi que leur identité extérieure (voir III.7.2.2.1.a.) Une fois cette étape franchie, il faut pouvoir familiariser les personnes avec l'espace du Centre Social. C'est à la suite de cette familiarisation que la personne ou le groupe pourra s'approprier le lieu Centre Social.

« Et pour ça ce serait important d'avoir des salles neutres... ici on ne manque pas de salles, mais elles sont très marquées. On a la salle de danse, la salle de théâtre... Et pour mettre en place un groupe de retraités, c'est pas facile, ils ne se sentent pas chez eux... Pour le moment la plupart des actions seniors sont à la ludothèque et ça marche plutôt bien, mais tu ne t'appropries pas un espace comme la ludothèque... et puis ça limite un peu les sujets ! La dernière fois j'ai eu une demande sur les legs... Eh ben je ne me vois pas animé un groupe sur les testaments entre un mille bornes et une bonne paye... » (Agent de développement – échange informel)²⁴⁷.

La question du sentiment d'être chez soi est évoquée dans un autre sens, comme explication de la proposition des activités dans ses antennes et non au Centre Social : *« alors que certains avaient du mal à venir jusqu'ici, en tout cas il ne se sentait pas chez eux »* (entretiens n° XI) à l'inverse de l'antenne qui, elle, est appropriée par les usagers. Cette appropriation passe par plusieurs facteurs. Dans un premier temps, la question de l'habitude est fondamentale. Il faut du temps pour s'approprier un espace. L'antenne appropriée est un lieu habituel pour les usagers. Elle est fréquentée depuis des années et porte les traces des activités successives. On y retrouve des éléments de décoration produits au cours des ateliers, les photos de groupes, etc.

À l'inverse, dans certains centres, la nouveauté des locaux est comprise comme un frein à l'appropriation. Les locaux étant neufs, il est plus difficile pour les usagers de les « marquer » par crainte d'abimer la nouvelle structure. *« C'est peut-être un peu trop beau du coup on n'ose pas accrocher [...] »*

²⁴⁶ Première phase du terrain

²⁴⁷ Phase d'immersion préalable, préparation au terrain

faut se laisser un peu de temps, ça fait que 4 mois que l'on est dans le local, donc faut voir aussi comment les gens l'investissent» (entretien n° VI). Le changement de locaux pour un bâtiment neuf peut alors être une difficulté supplémentaire dans l'implication des usagers : *« peut-être que le côté bâtiment neuf ça n'apportait plus la même chose, ça ne fédérait pas de la même manière... »* (entretien n° III).

Rendre possible l'appropriation de l'espace par les usagers c'est aussi leur donner la possibilité d'apporter quelque chose à la décoration de l'espace.

« Le truc avec [l'antenne] c'est que c'est une maison vide, du coup il a tout de suite été plus facile de leur dire de se l'approprier. On a dit que vu que c'était quand même un peu triste tout vide comme ça, elles pouvaient ramener des éléments de déco pour rendre le tout plus chaleureux... Alors elles ne sont pas toutes venues le lendemain avec un Bazard de bibelots, ça se fait petit à petit et nous aussi on vérifie que c'n'est pas too much non plus... ça reste un lieu commun... Mais juste d'avoir la possibilité de ramener un peu de soi je pense que ça change le rapport, c'est plus simple de se sentir bien dans le lieu. » (animateur centre social - échange informel) ²⁴⁸

Dans un autre Centre Social, cette proposition d'implication dans la décoration de l'espace est un moyen de faire se familiariser les usagers avec un local qu'ils n'ont pas encore investi.

« Il y avait des choses autour de la décoration où ça se fait principalement à [l'antenne], mais vu qu'une fois par an, la décoration de l'espace ici est faite par les habitants il y a quand même un groupe décoration qui peut faire 3 ou 4 séances ici... [...] On voit de plus en plus d'habitants qui viennent ici alors qu'au départ ils n'en avaient pas l'habitude [...] ça permet, avec des petites expériences, au fur et à mesure ils se disent "bon, ce n'est pas aussi horrible que ça de venir ici"... » (entretien n° XI)

2.2.2.c. Appropriation et participation

La question de l'appropriation et celle de l'implication des usagers sont souvent évoquées ensemble. L'appropriation de l'espace Centre Social est alors un facteur de participation à la structure Centre Social. L'engagement bénévole est beaucoup plus simple à une échelle locale, au sein du Centre Social, que dans les structures d'échelles supérieures des instances fédérales. Les quelques bénévoles interrogés à ce sujet ont majoritairement répondu que leur attachement, le sens de leur engagement était dans leur Centre Social et que les dimensions fédérales portaient des aspects plus techniques et politiques dans lesquels ils ne se voyaient pas jouer un rôle. Leurs engagements s'inscrivent dans la proximité du centre à l'inverse des fédérations qui elles sont perçues comme plus lointaines, plus loin du terrain.

« Ici je m'implique... je ne sais pas comment dire... pour ma communauté, disons. La fédération c'est super intéressant ce qu'ils font, on en vraiment besoin par contre c'est trop loin pour moi.

²⁴⁸ Seconde phase du terrain

Là je donne de mon temps dans un endroit auquel je suis attaché, pour des personnes auxquelles je suis attachée, c'est ça qui fait que je me sens utile [...] sans avoir les pieds dedans tous les jours ce ne serait pareil » (bénévole – échange informel)²⁴⁹.

Au travers ces propos c'est l'attachement au lieu et aux usagers qui est présenté comme un vecteur d'implication. Cela rejoint les observations sur le rôle de l'accueil dans la facilitation de la participation des personnes. Cela a un rôle important dans la promotion d'un bien-vieillir construit sur la participation sociale des aînés (voir partie II chapitre 6). Permettre de participer ne passe pas uniquement par la proposition d'activité ou de temps spécifique, mais également par la possibilité de s'approprier un espace, sans que celui-ci ne soit spécialement dédié à une classe d'âge en particulier.

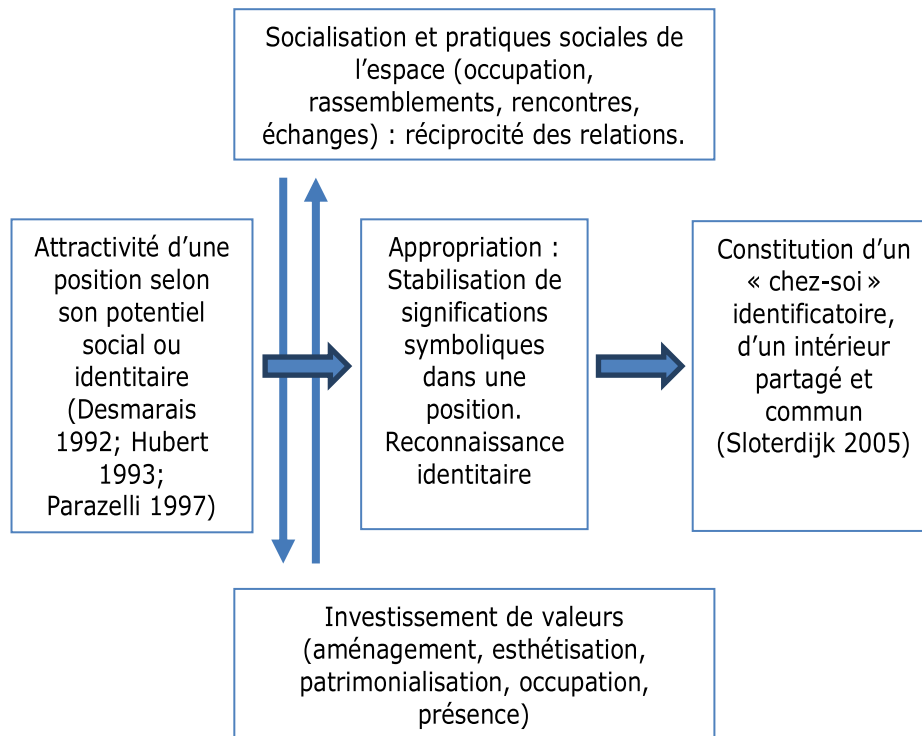
Conclusion du chapitre 7

Le travail des Centres Sociaux en proximité n'est pas tant un travail de territorialité que d'habitabilité. La dimension d'appropriation des locaux, qui rappelle la dimension du Centre Social en tant que « maison », vient donner une autre compréhension possible aux termes « d'habitant » dans le Centre Social. L'habitant serait la personne qui habite le Centre Social au sens de l'habiter géographique. C'est celui qui se l'approprie, le définit par ses usages... L'habiter renvoie alors à une dimension plus large que la résidence dans un territoire. Il traduit un processus d'ajustement entre « espaces et spatialité » (Lévy et Lussault 2003) ; territoire et territorialité... L'habitabilité regroupe l'ensemble des conditions de l'habiter d'un lieu, qu'elles soient matérielles ou idéelles. Il ne s'agit donc pas uniquement de l'accès physique au local, mais bien de leurs inscriptions dans des pratiques, des usages et des représentations spécifiques.

L'habitabilité d'un lieu, ce qui le rend habitable au sens de l'habiter, tient à ce qu'il offre des possibilités de création d'un environnement approprié par les individus (Jacques Lévy 2002; Lazzarotti 2015). C'est en cela que le Centre Social travaille la proximité, en rendant adaptable et appropriable son espace en tant que lieu. Comme le montre Antonin Margier (2014), ce processus d'appropriation se comprend comme un acte de construction d'un « chez-soi identitaire », relevant ici de la création d'une identité de groupe : « *Les regroupements et les relations sociales sur lesquelles ils [les individus] se construisent favorisent alors la constitution de sphères et la différenciation topologique de l'espace* » (p.20 - voir figure 44).

²⁴⁹ Seconde phase du terrain

Figure 44 : Appropriation et constitution d'un « chez-soi »



Source : Margier 2014, p.22

Il y a donc une prise en compte de l'habitant dans le Centre Social. Il ne s'agit pas de l'habitant du territoire, mais de l'usager qui habite la structure, qui se l'approprie et y participe et pour qui sont construites les actions. La prise en compte de l'habitant non usager est plus difficile et finalement peu lisible dans la pratique des Centres Sociaux. Une des raisons à cela se comprend quand la figure est transposée aux Centres Sociaux. La première étape est l'« attractivité d'une position selon potentiel social ou identitaire », donc ici l'attractivité du Centre Social, or ce sont des structures qui sont difficilement visibles sur un territoire rendant leur « potentiel social ou identitaire » lisible par une certaine catégorie de personnes, qui deviennent des usagers et pas nécessairement par les habitants.

La seconde raison de cette difficulté à la prise en compte de l'habitant du territoire dans les Centres Sociaux tient à une question de pratique. Au vu des outils mis en place et utilisés par les Centres Sociaux et de leur diagnostic territorial, on peut s'interroger sur la réalité de cette prise en compte au-delà d'une rhétorique, d'un discours porté sur l'action. Les Centres Sociaux expriment une volonté de territorialiser, de mettre « l'habitant au cœur de la démarche », de proposer des activités spécifiques à chaque territoire en fonction de ses problématiques. La diversité des Centres Sociaux et la singularité de leurs actions sont d'ailleurs une objection exprimée à la proposition de grilles généralisable ou d'outils communs. Or, dû à la faiblesse des diagnostics, au manque d'outils et de méthodes, on voit des actions principalement développées autour de l'usager, habitant ou non, générant des actions socioculturelles assez génériques et semblables d'un territoire à l'autre.

Il est alors difficile de qualifier aujourd'hui l'action des Centres Sociaux de territorialisée. C'est une action locale, de proximité, mais elle ne répond pas à des problématiques territoriales spécifiques. Les fortes réticences exprimées par les acteurs des Centres Sociaux (professionnels ou bénévoles) face à la production de données sur leur pratique amènent à se demander si cette ambition est atteignable.

Le travail d'habitabilité des locaux est une clé importante de la compréhension de la manière dont se structure et se propose la participation des plus de 60 ans. Les limitations en termes d'accès physique au bâtiment (accès PMR²⁵⁰, escalier, etc.), sur lesquels les Centres Sociaux ont peu de prises, essaient d'être compensées par un travail sur l'accueil et les possibilités d'appropriation des locaux. L'action n'est peut-être pas territoriale, mais sa dimension locale, importante dans des démarches de bien-vieillir est présente. Si le manque d'une prise en compte plus large du territoire conduit à une accessibilité au Centre Social réduite à une certaine population, il n'est resté pas moins que pour les personnes de plus de 60 ans usagères du Centre Social, cette proximité existe et est le support de sociabilité et de participation contribuant à leur bien-vieillir (voir partie II chapitre 6).

²⁵⁰ Personne à mobilité réduite

Chapitre 8 : Intégrer un système d'acteurs : les Centres Sociaux face à l'action gérontologique

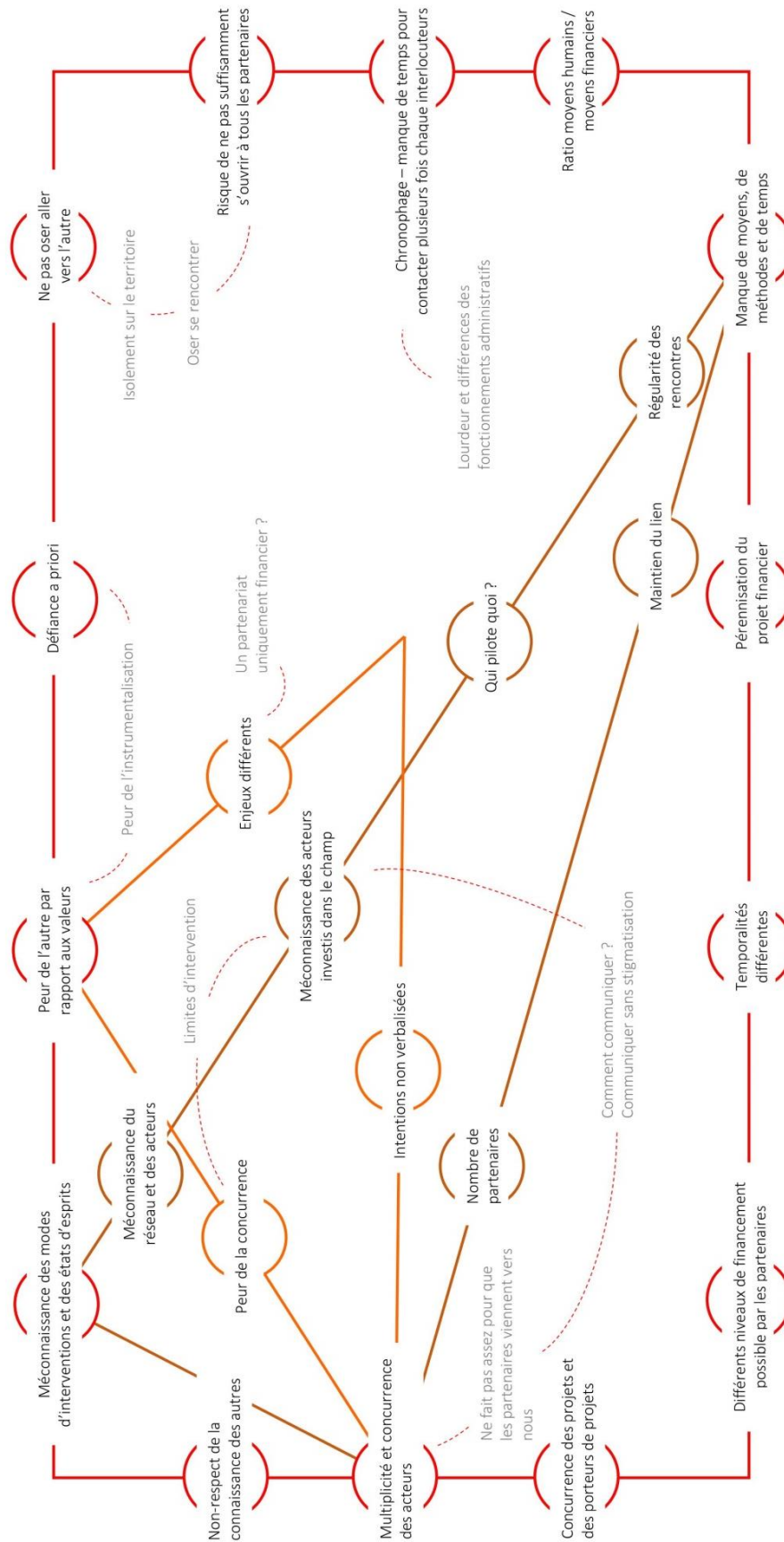
Introduction

Dans le paysage actuel de l'action gérontologique, les Centres Sociaux prennent une place similaire à celle occupée par les innovateurs périphériques des années 60 (voir partie I chapitre 2 – 2.1.4.a). Ce sont des acteurs de proximité (voir partie III chapitre 7 – 2.) qui, sans avoir de compétences particulières sur la question du vieillissement (voir partie II chapitre 5 – 2.2.1.b), proposent des modes d'action et d'intervention locaux auprès d'un public encore peu sujet   l'intervention publique d'action sociale. Comme ce fut le cas des acteurs périphériques, les Centres Sociaux participent à la structuration d'un champ d'intervention en cours de construction : le bien-vieillir comme un des courants de l'action gérontologique.

Le bien-vieillir se présente comme un nouveau cadre de l'action publique. Il se caractérise par une action locale, un intérêt renouvelé pour les personnes autonomes et par l'intégration d'acteurs extral gaux (voir partie I chapitre 2 - 3). Comment les Centres Sociaux intègrent-ils ce nouveau champ d'intervention ? Quels sont les impacts de l'intégration des Centres Sociaux sur d'autres acteurs ? Le bien-vieillir comme courant de l'action gérontologique et l'action vieillissement dans les Centres Sociaux sont tous deux en construction. Il s'agit de comprendre à la fois les tendances qui sous-tendent cette évolution de l'action gérontologique et les opportunités, enjeux et freins qu'elles engendrent pour les Centres Sociaux. Nous analyserons, pour cela, les relations partenariales des Centres Sociaux avec les acteurs gérontologiques. On entend ici le partenariat au sens large, il peut s'agir de partenariats financiers comme de collaborations opérationnelles pour la proposition d'activité.

Ce chapitre mobilise les entretiens d'acteurs externes et internes au réseau des Centres Sociaux, ainsi que des observations effectuées lors des temps fédéraux et dans les Centres Sociaux (voir partie I chapitre 4 – 2.2). La lecture de l'action des Centres Sociaux sur le vieillissement est difficile, car elle s'inscrit dans des échelles et temporalités diverses et dépend du contexte financier et politico-partenarial (voir partie II chapitre 5 – 1.). L'action sur le vieillissement est aussi un enjeu de reconnaissance et de légitimation des Centres Sociaux comme l'illustre un des objectifs du projet I-CARE : « *Positionner, légitimer les Centres Sociaux comme acteurs de proximité de la santé publique et de l'accompagnement du "bien-vieillir" auprès des pouvoirs publics* » (I-CARE 2016). La question du partenariat, qui touche à ces enjeux de reconnaissance et de légitimité, a constitué le sujet de nombreux échanges et rencontres avec les professionnels des Centres Sociaux et leurs partenaires potentiels.

Figure 45 : Centres Sociaux et partenaires, s'associer face aux enjeux du vieillissement - identifier les freins pour le développement de partenariat



Source : « Centres Sociaux et partenaires : s'associer face aux enjeux du vieillissement – Projet I-CARE » 2019

La figure 45 synthétise les échanges ayant eu lieu lors de l'un de ces temps de rencontres²⁵¹. Elle présente une synthèse des réponses à la question « quels sont les freins au développement de partenariat sur les vieillissements ? ». Ces freins s'articulent en 3 boucles principales. La première boucle traduit des sentiments de méfiance, défiance entre les acteurs. La méconnaissance réciproque génère beaucoup d'a priori sur les acteurs, leurs natures, leurs publics, etc. Dans un contexte de concurrence, cela peut générer des postures défensives, dans la revendication de leurs originalités plus que dans le développement de complémentarité. La deuxième boucle illustre des aspects similaires, mais il y est question de prudence plus que de défiance. Cette prudence porte sur les valeurs défendues par les différents acteurs, avec une crainte, à la fois de s'impliquer dans des dynamiques contraires à ses valeurs tant de ne pas se retrouver dans les valeurs de l'autre. Cette boucle souligne des différences d'enjeux, d'objectifs entre les différents acteurs ce qui complique la mise en place de partenariats. Enfin, la dernière boucle porte sur la fragmentation du secteur de la gériantologie. Cette complexité, avec les champs d'intervention multiples et les échelles emboîtées, rend difficile la lecture du rôle et des propositions de chacun et comment chacun se place. Il y a une redondance autour de certains points principaux : la méconnaissance des modes d'interventions et des états d'esprit (voir III.8.1.3), la peur de l'autre par rapport aux valeurs (voir III.8.3.2.1.a), la multiplicité et la concurrence des acteurs (voir III.8.2.1) et le manque de moyens, de méthodes et de temps (voir III.8.1.3.3). Chacun de ces points s'illustre dans les relations qu'ont ou n'ont pas les Centres Sociaux avec les acteurs gériantologiques et contribue à expliquer comment ils trouvent ou font valoir leurs places comme des acteurs du bien-vieillir.

La multiplicité et la méconnaissance des acteurs caractérisent les relations entre les Centres Sociaux et les acteurs gériantologiques. Ce constat pousse à s'interroger sur le rôle que pourraient tenir les Centres Sociaux en tant que structure de coordination locale, tout en étant révélateur des limites de leur intégration à certaines formes d'intervention gériantologique (**III.8.1**). Les différentes évolutions des cadres de l'action gériantologique et des financements de celle-ci conduisent à la structuration d'une concurrence entre les acteurs qui influence directement l'inscription des Centres Sociaux comme des acteurs gériantologiques et créent des disparités locales (**III.8.2**). Soulignons que nous proposons une analyse du paysage gériantologique des Pays de la Loire basée sur les observations et la rencontre d'acteurs régionaux ciblés en fonction des retours, des besoins, manques ou tensions identifiés au cours du terrain (voir partie I chapitre 4 – 2.2.1). Il ne s'agit donc pas d'un inventaire exhaustif, mais d'une lecture en fonction des acteurs clés identifiés pour comprendre la place des Centres Sociaux (CLIC, MAIA, Conférence des financeurs, associations et professionnels des Centres Sociaux). Les éléments issus de

²⁵¹ Journée « Centres Sociaux et partenaires : s'associer face aux enjeux du vieillissement ». Étaient présents des représentants de : l'ODAS, la MSA du Maine-et-Loire, Les petits Frères de Pauvres, AG2R LA MONDIALE, le Conseil départemental du Maine-et-Loire, la Carsat des Pays de la Loire, le Réseau Francophone villes amies des aînées, l'ADAPEI de Vendée, Malakoff Médéric, Un temps pour toit et la fédération d'éducation physique et gymnastique volontaire de Loire Atlantique. Il a été demandé aux centres sociaux et partenaires présents, d'identifier, par groupes de 2 ou 3 personnes : 3 leviers et 3 freins au partenariat tel qu'ils le perçoivent aujourd'hui. (« Centres Sociaux et partenaires s'associer face aux enjeux du vieillissement – Projet I-CARE » 2019) – Phase d'observations complémentaires.

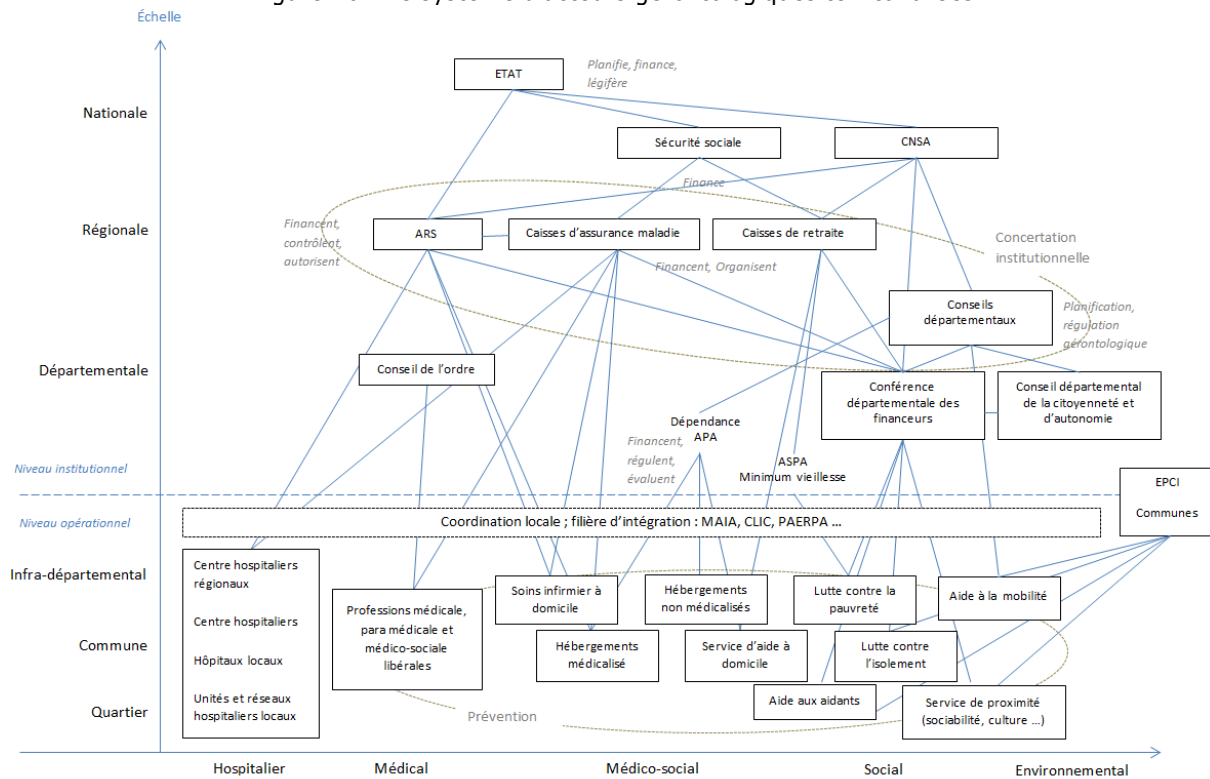
ces réflexions permettent de placer les Centres Sociaux au sein de l'action gériatologique des Pays de la Loire (III.8.3).

1. Centres Sociaux et acteurs gériatologiques

Introduction

L'affirmation de Bruno Palier selon laquelle « l'histoire de l'extension du système français de protection sociale est l'histoire de sa fragmentation » (Palier 2005, p.134) trouve une illustration directe dans la structuration de l'action gériatologique. En plus d'une fragmentation « horizontale » des champs d'intervention, allant de l'hospitalier à la question de l'environnement des personnes âgées, l'action gériatologique est l'objet d'une forte stratification verticale. Elle présente des échelles emboîtées et des acteurs différents à chacune d'elle : des services décentralisés au niveau départemental (conseil départemental), déconcentrés pour la région (Agence régionale de santé - ARS), des acteurs du régime général, agricole, de l'interrégime, etc.

Figure 46 : Le système d'acteurs gériatologiques territorialisés



Source : Reprise de Blanchet 2016 p.171, réalisation Juliette Michel 2019

La figure 46 proposée par Mickaël Blanchet (2016) illustre cette fragmentation. Ce panorama n'est pas exhaustif. Il ne prend en compte que les acteurs publics de l'action gériatologique. On pourrait y ajouter

les mutuelles, le CCAH²⁵² ou encore Monalisa²⁵³ (acteurs associatifs). Il ne détaille pas non plus les relations entre les différents acteurs, mais permet de mettre en avant les différents « silos » de l'action gérontologique.

Comment les Centres Sociaux s'intègrent-ils à ce paysage riche et fragmenté ? Une place possible serait un rôle de coordination dans une logique de développement social local. En effet, le Centre Social est, dans certains cas, un acteur de coordination (**III.8.1.1**) et de mise en lien de différents acteurs sur son territoire (**III.8.1.2**). Néanmoins, la structuration actuelle de l'action gérontologique, issue d'évolutions successives des orientations des politiques publiques, et la professionnalisation du secteur (voir partie I chapitre 2 - 2.2.3) créent une « distance » et une méconnaissance entre les Centres Sociaux et les acteurs gérontologiques. Dans ce contexte, le Centre Social se présente davantage comme un acteur encastré et un moyen d'accès au public que comme un acteur du vieillissement (**III.8.1.3**).

1.1. Une légitimité de coordination ?

1.1.1. Enjeux et objectifs

L'idée de la coordination dans l'action sociale est ancienne et trouve ses prémices dans une loi de 1950 relative à la mise en place de comités de liaison et de coordination des services sociaux à l'échelle des départements (Blanchard 2004). Elle prend de l'ampleur avec la décentralisation de l'action sociale et médicosociale.   la fin des années 70 et le début des années 80, après la crise sociale, la coordination co incide avec les théories du développement social local. Le mode d'action n'est pas l'application d'un modèle « *d'en haut* » mais le résultat d'une concertation d'acteurs partageant les mêmes diagnostics   l'échelle du territoire des acteurs impliqués. Pour faire face à la fragmentation de l'action gérontologique, de nombreux dispositifs de coordination ont été mis en place à différents périodes, échelles et champs d'intervention. Rappelons, à titre d'exemple, la circulaire Franceschi (1982) qui prônait un système global de coordination gérontologique.

La mise en place de coordination gérontologique répond à 3 enjeux principaux : un enjeu de lisibilité et cohérence pour l'utilisateur, un enjeu de rationalisation de l'action et un enjeu de dépenses de santé (voir partie I chapitre 2 - 2.3.2). La coordination poursuit différents objectifs en fonction des différents publics cibles. Jean-Jacques Amyot (2010) propose une typologie de la coordination en fonction de 6 objectifs (voir tableau 52).

²⁵² Comité national Coordination Action Handicap

²⁵³ Initié en 2013 par Michèle Delaunay, à l'époque ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, et Jean-François Serres, délégué général des Petits Frères des Pauvres, le projet Monalisa prend forme et se concrétise en 2014 à travers une association loi 1901. L'association Monalisa commence ainsi son déploiement à travers plusieurs axes : l'élaboration d'une charte d'engagement national, une coopération des signataires et des parties prenantes au niveau départemental, une promotion de l'action citoyenne contre l'isolement des personnes âgées pour sensibiliser le public. L'action de Monalisa passe par la mise en place d'équipe citoyenne, de bénévole formé à la question de l'isolement, pour aller faire des visites au domicile des personnes âgées isolées.

Tableau 52 : Typologie de la coordination par objectifs

Objectifs	Cible principale de l'action
Information /Orientation	Personnes âgées
Évaluation besoins / Plan d'aide	Personnes âgées
Rencontre / Échanges	Professionnels
Concertation/ bonne relation	Professionnels ; Organisations
Procédure réseaux / Suivi filières	Organisations
Réduction des coûts	Financeurs

Source : Amyot 2010 p.34

1.1.2. Une coordination par le Centre Social : le cas du portage du CLIC

Derrière une volonté de rendre l'action gérontologique plus « simple » et lisible, la coordination traduit la complexité du secteur, avec plusieurs enjeux, plusieurs objectifs et plusieurs publics. Chacune de ces coordinations va nouer des relations particulières avec les Centres Sociaux permettant de les placer au sein de système d'acteurs (voir III.8.3.1.3). Le rapprochement des logiques de coordination et de développement social local interroge sur le rôle que pourrait endosser le Centre Social en tant qu'acteur de coordination dans les territoires. La relation particulière, qu'entretiennent les CLIC (Centres Locaux d'information et de coordination – voir partie I chapitre 2 – 2.3.2) et les Centres Sociaux, illustre cette réflexion.

Les CLIC sont définis et mis en place par la loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA, 2001). Ils « travaillent à l'adéquation des réponses aux besoins constatés et recensés en organisant une prise en charge globale et coordonnée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants » (Loi APA, citée dans Blanchard 2004). L'objectif de la mise en place des CLIC n'est pas de constituer une nouvelle institution, mais d'offrir un espace de coordination des acteurs et des dispositifs existants afin de proposer des solutions personnalisées aux habitants de leurs territoires d'implantation. Les CLIC obéissent à une « triple logique » (Cap Retraite 2016) : proximité, accès facilité aux droits et mise en réseau entre les professionnels. Les missions d'un CLIC varient suivant 3 niveaux. Le premier niveau correspond à une mission d'accueil et d'accompagnement des personnes et des familles. Le CLIC doit informer sur les possibilités et les dispositifs correspondant aux besoins de la personne et l'accompagner dans le montage de dossier correspondant. Les missions étant cumulatives, un CLIC de niveau 2 aura, en plus, pour mission d'évaluer les besoins de la personne ainsi que la mise en place d'un plan d'aide personnalisé. Enfin, le niveau 3 implique que le CLIC est en capacité de mettre en place le plan d'aide et son suivi ainsi que de proposer des animations collectives.

Dans certains endroits, notamment dans les Mayennes, les CLIC ont été portés par les Centres Sociaux.

« Les élus voulaient que le CLIC soit porté sur le territoire sur le même schéma que la mission locale, donc à partir de 2004, ils ont commencé à réfléchir sur la mise en place d'un CLIC sur le territoire pays des Mayennes. Le président de la mission locale du Choletais à l'époque était aussi président du Centre Social, donc on s'est dit ce que l'on a fait pour la mission locale fonctionne

bien... on va donc l'appliquer pour le CLIC [...] Donc le schéma décidé en 2008, c'était d'avoir le CLIC Pays des Mauges avec un siège social à Beaupréau, porté par la collectivité locale et des antennes sur chaque territoire, portées par les Centres Sociaux, quand il y en a un, par un EHPAD quand il n'y en pas... » (entretien n° XII).

Cette affiliation entre le CLIC et les Centres Sociaux s'explique par les dimensions partagées par les deux structures : la proximité, l'accompagnement des démarches, la proposition d'actions individuelles et collectives...

Ce rapprochement questionne la compétence des Centres Sociaux à porter, ou même à être le relai d'une coordination gériantologique :

« de 2004 à 2008, il y a eu beaucoup de réflexions parce qu'il y avait beaucoup de porteurs en jeu en fait [...] les associations ADMR à l'époque étaient sur notre territoire les seuls prestataires de l'action auprès des publics âgés. Il n'y avait pas d'autres associations qui intervenaient sur notre territoire. Et [les ADMR] voulaient aussi être porteur de CLIC. Donc ça a été compliqué quand même. [...] donc ils ne nous considéraient comme pas du tout légitimes, nous les Centres Sociaux à se positionner sur le champ des seniors. Ça a été vraiment quelque chose de violent avec certaines associations » (entretien n° XIII).

On peut en effet se demander ce qui, à part la volonté de calquer le modèle de l'organisation de la mission locale au CLIC, rendait les Centres Sociaux plus éligibles que d'autres structures à porter le relai du CLIC.

La question de la légitimité du Centre Social n'a pas seulement été posée par des acteurs en concurrence avec le centre pour le portage, mais s'est posée au centre lui-même. En 2008, lorsque le portage du CLIC a débuté, le Centre Social n'avait jamais développé d'axes, d'actions ou de réflexions particulières autour du public âgé. Il y avait une méconnaissance des acteurs mobilisés et mobilisables sur la thématique du vieillissement sur le territoire. C'est sur cette dimension de mise en relation, de développement, de concertation et de projets communs, donc sur une dimension de développement social local, que le Centre Social s'est positionné :

« On a profité du CLIC pour développer un collectif regroupant tous les acteurs du territoire sur [le vieillissement], avec les EHPAD, les foyers logement, les clubs, enfin... donc là on s'est senti légitime pour créer une coordination sur le territoire à partir de... dès que l'on a eu la signature.... Et les acteurs, les partenaires ont joué le jeu, ils sont venus. Donc ça permettait d'apprendre à se connaître aussi puisqu'ils étaient assez éloignés les uns des autres, ne se connaissaient pas... et qu'il y avait un peu de concurrence entre eux aussi... » (entretien n° XIII).

Ce collectif est encore piloté par le Centre Social aujourd'hui bien que ce dernier ne soit plus porteur de ce relai CLIC.

Ce portage des CLIC par les Centres Sociaux dans les Mauges a pris fin aux alentours de 2014/2015, suite à des réductions de budget et donc du volume horaire consacré à cette mission dans les Centres Sociaux. Si certaines actions continuent, notamment, la coordination qui organise ponctuellement des forums, des temps d'informations, etc., la perte du portage CLIC a changé la position du Centre Social parmi des acteurs gériantologique du territoire.

« Ce qui importe c'est qu'il y ait toujours ce lien qui existe. Mais je dirais qu'il est à géométrie variable en fonction des actions qui sont menées. On a beaucoup moins... du fait que l'on a perdu ce côté CLIC, on a perdu le lien avec les EHPAD [...], mais par contre on arrive très bien à travailler avec les Foyers logements [...] qui sont plus dans une volonté, une dynamique d'être ouvert sur leurs territoires, alors que les EHPAD sont plus fermés avec des actions en interne » (entretien n° XIII).

Le label CLIC avait ouvert des portes au Centre Social, aujourd'hui refermées. Le fait qu'il soit plus compliqué de maintenir le lien avec les EHPAD qu'avec les Foyers logements renvoie à la distinction identifiée entre ce qui relèverait de la gériatrie (ciblé sur un public dépendant ou en perte d'autonomie) et ce qui relèverait de la (voir partie I conclusion du chapitre 2 et III.8.3.1). Les Centres Sociaux auraient plus de facilité à tisser des liens avec des acteurs gériantologiques que gériatriques.

1.2. Le Centre Social vecteur de lien entre les acteurs ?

La structuration actuelle de l'action gériantologique est issue d'évolutions successives des orientations des politiques publiques et la professionnalisation du secteur (voir partie I chapitre 2 – 2.2.3) crée une « distance » et une méconnaissance réciproque entre ce système d'acteurs et les Centres Sociaux qui compromettent le rôle de coordination qu'ils pourraient endosser. Du côté des Centres Sociaux, cette méconnaissance est visible dans l'élaboration des projets sociaux. Identifier les partenaires potentiels et pouvoir se situer en fonction de ceux-ci est un élément de diagnostic non exploité (voir partie III chapitre 7 – 1.3.2.b.). Dans le cas du portage du CLIC par le Centre Social, cette méconnaissance des acteurs locaux est citée comme l'une des difficultés rencontrées. La réalisation du diagnostic du territoire, et plus largement des démarches d'évaluation en réponse à une contrainte partenariale est un élément majeur dans la compréhension des rapports partenariaux (financier ou non) qu'entretiennent les Centres Sociaux.

1.2.1. Relation à la collectivité territoriale : Entre refus de l'instrumentalisation et portage de politiques publiques

Il convient de revenir sur la tension entre reconnaissance et instrumentalisation qui caractérise le rapport au partenariat dans les centres sociaux, que ce soit ou non sur des questions de bien-vieillir. La collectivité locale est le partenaire financier avec lequel cette tension est le plus clairement exprimée. Elle est d'autant plus présente qu'elle s'accompagne d'une envie, voire d'un besoin, de reconnaissance par ce partenaire. La viabilité du modèle économique des Centres sociaux, tel qu'il est aujourd'hui, repose sur le maintien de ces subventions (qui représentent 46 % du budget des Centres Sociaux). La crainte de

l'instrumentalisation est exacerbée par cette dépendance financière. Les Centres Sociaux, se sentant désavantagés par le rapport de force, vont d'autant plus avoir tendance à se braquer : *« On a assez d'exemples, tous, dans nos communes, dans nos centres, pour savoir que la bienveillance [envers les élus], moi je n'y crois pas »*²⁵⁴.

Les professionnels des Centres Sociaux rencontrés en entretien expriment tous une crainte de l'instrumentalisation ou un agacement vis-à-vis de ce qui est perçu comme de l'ingérence de la part de la collectivité :

« On voit une volonté, quand même affichée, de la ville de vouloir orienter un peu le travail des centres en phase avec sa politique propre. Donc on a commencé à voir surgir les différences, les désaccords » (entretien n° III).

« Parfois, on a des objectifs partagés [avec la commune], mais, en plus, nous, on a des objectifs qui nous sont propres et d'autres partenaires aussi... Donc il faut avoir conscience des objectifs de chacun et des objectifs partagés pour être sûrs que l'on ne se fasse pas instrumentaliser » (entretien n° VII).

Les discours des Centres Sociaux traduisent aussi une envie d'approfondir le partenariat avec les collectivités notamment sur la concrétisation dans du partenariat d'action en plus de la subvention :

« Après, tout dépend de ce que l'on appelle partenariat... c'est à dire que si l'on est sur un partenariat vraiment formalisé par une convention qui est annuelle, qui est réelle et profonde on en a pas énormément avec les services de la ville » (entretien n° VII).

« Le partenariat d'eux vers nous fonctionne bien, le partenariat de nous vers eux, quand on a des projets, que l'on veut les associer, ça fonctionne un peu moins, non pas qu'ils nous mettent des bâtons dans les roues, mais on aimerait les intégrer plus dans notre vision des choses » (entretien n° XIII).

Les relations à la collectivité sont très techniques d'où l'envie d'un travail sur le sens et le partage de démarches, souhait que l'on retrouve dans le scénario *« Coopérons pour être partenaire des politiques »* de la Fonda (voir tableau 53). Les conséquences de ce scénario, notamment sur la construction de relation avec les collectivités, nécessitent un changement en profondeur du rapport qu'entretiennent les Centres Sociaux avec ces dernières.

²⁵⁴ Échange issu des notes de terrain de Shani Galand

Tableau 53 : Scénario « coopérons pour être partenaire des politiques »

Scénario	Tendance identifié sur lesquelles repose le scénario	Conséquence sur la posture et le modèle socio-économique des associations
être des pour « Coopérons partenaire politiques »	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la subvention et hausse de la commande publique - Porosité des frontières entre l'économique et le social - Professionnalisation accrue/modification de la nature du bénévolat 	<ul style="list-style-type: none"> - Les associations s'allient avec d'autres acteurs pour établir un diagnostic partagé, proposer de nouvelles solutions, imaginer de nouveaux modèles - Elles recherchent du maintien des subventions chaque fois que cela est possible - Elles ont un rôle de défricheur en matière d'innovation sociale en alliance avec toutes les parties prenantes pour peser auprès des collectivités - Elles s'ouvrent à l'hybridation des ressources en s'appuyant sur la diversité des outils existants - Elles s'approprient des outils économiques existants, mais peu employés en les mettant au service de l'humain

Source : Engelbach, Jaslin et Vanlerenberghe 2016, voir tableau complet chapitre 5 – 1.2.2.b

Les Centres Sociaux comme co-constructeurs, voire porteurs, d'une politique communale ou intercommunale est une réalité au sein du réseau. Le Centre Social remplit alors un rôle de veille sociale pour la collectivité et un acteur principal de l'action sociale locale. Ces configurations se retrouvent principalement en milieu rural. Pour Régis Cortéséro (2013), cela s'explique par le fait que, dans des environnements avec une « *faiblesse de moyens et des angles morts dans l'action publique locale* » (p.119), le Centre Social prend une place prédominante. Il va porter des compétences proches de ses missions de base, ou des missions de ces partenaires principaux. De la même manière, certains centres ruraux sont également devenus des MSAP (Maisons de service au public) (voir partie II chapitre 5 – 1.3.1.a.). Cette centralisation des compétences et l'absence de structures « concurrentes » placent les Centres Sociaux ruraux dans une position particulière de veilleur et de faiseur de l'action publique locale : « *90 % de la politique sociale [de l'intercommunalité] c'est le Centre Social qui la porte et tant que l'on rend de l'argent tous les ans, tout va bien [...] si on n'était pas là pour les titiller un peu, jamais ils ne se poseraient de questions* » (entretien n° X).

Ce positionnement des Centres Sociaux simplifie les relations à la collectivité, mais engendre une relation particulière vis-à-vis d'autres acteurs locaux, notamment associatifs. Le Centre Social se retrouve dans une situation de force par rapport aux autres associations, notamment par cette capacité à se saisir de nouvelles compétences. C'est ce que souligne l'exemple de portage du CLIC par le Centre Social et ces conséquences sur les relations avec l'ADMR. « *Beaucoup d'associations pensent que si le Centre Social vient travailler avec elles, c'est pour les prendre, les absorber* » (entretien n° XIII).

1.2.2. Le Centre Social comme lieu d'interconnaissance

Dans cette configuration, le Centre Social peut tenir un rôle particulier de mise en lien, si ce n'est de coordination, des acteurs. Ce sont par exemple des lieux où les différents élus municipaux ont l'occasion de travailler ensemble (Bioteau et Prugneau 2015). Dans certains cas, lorsque la mise en place du centre

a précédé celle de l'intercommunalité, celui-ci a pu jouer un rôle d'apprentissage de travail commun entre les différents élus :

« On peut dire que le Centre Social a commencé... a permis de retisser des liens [entre les élus] [...] à ce que les élus puissent se parler à l'intérieur du centre, parce que, à l'époque, c'était un élu de chaque commune qui siégeait au Conseil d'administration du Centre Social [...] donc ça a permis à ce qu'ils se parlent, à ce qu'ils avancent sur des projets... » (Entretien n° XII)

« C'est vrai que le Centre Social a vraiment fait le projet de la communauté de commune à l'échelle du territoire ! » (Entretien n° XIII)

Le Centre social se caractérise par l'importance de l'accueil de permanences (95 % des centres français accueillent des permanences). Le type de ces permanences change d'un espace à l'autre. Dans les Centres Sociaux urbains, il s'agit essentiellement d'associations, alors que l'on trouvera des permanences d'institution ou des points relais dans les Centres Sociaux ruraux. Par exemple, sur les 16 Centres Sociaux des Pays de la Loire qui déclarent héberger une permanence d'institution ou un point relais, seulement 4 sont en milieu urbain (SENACS 2015).

De manière générale, le Centre Social est mis en avant par sa position sur le territoire et la présence physique des différents types de personnes et d'acteurs en son sein. Le lien avec les CLIC fait ressortir le Centre Social avant tout comme un lieu de relais. C'est cette dimension qui donne aux Centres Sociaux une place parmi les acteurs coordonnés par le CLIC. Cette position de relais change de nature suivant que l'on soit dans un territoire rural ou urbain.

Dans les territoires ruraux, plus vastes, les problématiques d'isolement et de mobilité sont les enjeux premiers des CLIC. Il est important d'informer et de se faire connaître des habitants et des autres acteurs du territoire. Dans ce cadre, les Centres Sociaux apparaissent comme des lieux privilégiés de rencontres et de diffusion d'informations, aux publics et acteurs des Centres Sociaux, mais surtout auprès des prestataires de services assurant des permanences auprès des publics y ayant recours : *« l'apport du Centre Social c'est très important, d'autant plus maintenant que ce sont des MSAP. C'est le premier accueil du public, ce qui est crucial dans un territoire rural »* (entretien n° XVIII). Sur toute la durée de l'entretien, l'enquêté (animateur d'un CLIC rural) utilise indifféremment les termes « MSAP » ou « Centre Social ». Le Centre Social est identifié parce qu'il est un lieu de permanences de différents services, et ce en proximité puisqu'agissant sur un territoire plus petit que celui du CLIC. *« Ce qui est bien, c'est que ça permet un accueil de proximité et permet de connaître les partenaires qui sont présents et avec qui on peut faire du lien... par exemple, il y a les assistantes sociales de la MSA, etc. plein de partenaires avec qui on peut travailler »* (entretien n° XVIII). Le CLIC fait d'ailleurs partie des prestataires de services tenant une permanence au sein du Centre Social/MSAP.

Comme pour les espaces ruraux, le Centre Social urbain est considéré dans sa dimension physique et non comme un acteur du vieillissement faisant partie des « collaborateurs » potentiels du CLIC. Ils sont considérés comme des relais majeurs des CLIC « *parce que c'est là où les gens vivent* » (entretien n° XIX). C'est leur proximité physique avec les habitants qui est mise en avant. Ce critère apparaît également dans les discours des Centres Sociaux sur leurs relations avec le CLIC : « *Déjà, sur les territoires, on est plus proches des gens ! Le CLIC c'est toute l'agglomération alors que nous on est vraiment sur le quartier* » (bénévole - échange informel)²⁵⁵. Ils apparaissent donc comme des espaces de proximité qu'il est pertinent d'investir pour les CLIC afin de se rapprocher et d'informer la population. « *Les [Centres Sociaux] c'est un réflexe pour l'organisation, pour la logistique [...] toutes nos plaquettes sont dans les Centres Sociaux, on organise des conférences là-bas... la plupart de nos activités se passe dans les locaux des Centres Sociaux* » (entretien n° XIX).

Quel que soit le type d'espace, le rôle du Centre Social dans la coordination gérontologique est celui d'un lieu, d'un ancrage possible dans une plus grande proximité des populations. « *Le CLIC n'est pas un guichet d'accès aux droits, c'est un espace ressource* » (entretien n° XVIII), à opposer aux Centres Sociaux qui sont perçus, en milieu urbain comme un lieu de vie et dans les espaces ruraux, notamment via le portage des MSAP, comme un guichet d'accès aux droits. Mais, quelle que soit la configuration, il semble que le Centre Social ne soit pas intégré comme un acteur du vieillissement à part entière.

1.3. Une méconnaissance réciproque entre les acteurs

1.3.1. Image et public des Centres Sociaux

Le « lieu » Centre Social en milieu rural, par la mise en présence des différents acteurs, facilite le développement de contacts, voire de partenariats entre acteurs. L'identification du Centre Social comme porteur d'actions auprès du public âgé est moins évidente. Par exemple, certains CLIC se sont associés avec des Centres Sociaux sur des actions ponctuelles, mais cela n'est pas une collaboration régulière pour les centres de notre panel. Un élément d'explication de cette « frilosité » à la collaboration est le manque d'identification des Centres Sociaux. Ce qui transparait au travers de ces propos d'un animateur de CLIC :

« On apporte tous les deux un service au public. On a le même objectif sauf que nous, on est spécifique aux personnes âgées et que les Centres Sociaux, c'est pour tous les âges. Du coup, même s'il semble cohérent de travailler ensemble, ce n'est pas toujours évident de sortir de cette habitude de faire les personnes âgées d'un côté et les autres ailleurs » (entretien n° XVIII).

La méconnaissance ou de la non-reconnaissance des Centres Sociaux en général et de leurs actions dans le champ du vieillissement en particulier sont un facteur important de leur positionnement dans la

²⁵⁵ Centre Social urbain — première phase du terrain

gériatologie. Il n'a pas été rare, durant l'enquête, de rencontrer des coordinateurs de CLIC ou de CCAS ne connaissant pas ou mal l'éventail des actions proposées par les Centres Sociaux de leurs territoires aux publics âgés. Cette méconnaissance se retrouve au sein de réseau gériatrique comme la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie voir partie I chapitre 2 -2.3. 2 et III.8.3.1.3.). Dans ces réseaux, ils sont identifiés dans leur dimension participative et familiale, et non sur l'action vieillissement : « *C'est vrai [...] qu'il y a une vision où les Centres Sociaux c'est le côté approche habitant actif. Donc les jeunes, les familles, éventuellement s'il y a des personnes âgées c'est le petit club de belote, le club d'accordéon, le club de retraités quoi* » (entretien n° I).

Deux facteurs sont à prendre en compte. Le premier est le fait de présenter, au sein d'une action gériatologique qui a « *cette habitude de faire les personnes âgées d'un côté et les autres ailleurs* » (entretien n° XVIII), une approche « généraliste » et intergénérationnelle. Le second est que l'action bien-vieillir des Centres Sociaux n'est pas lisible, notamment à l'échelle locale. Les documents de présentation de l'action des centres vers ce public sont des documents nationaux, voire départementaux. Le document de référence à l'échelle du territoire d'action du centre reste le projet social et celui-ci ne présente pas ou peu la proposition d'accompagnement du vieillissement (voir partie II chapitre 5-1.3). Cela, ajouté au poids de l'image du Centre Social comme structure familiale, explique qu'ils ne soient pas lisibles comme des acteurs du vieillissement, spécialement à l'échelle locale.

Le développement du bien-vieillir dans les Centres Sociaux est un effet de contexte, à la fois démographique et partenarial qui en fait une stratégie de visibilité et de reconnaissance (voir partie II chapitre 5 - 1.2.2). Cela illustre un isomorphisme institutionnel par le transfert de vocabulaire d'un acteur à l'autre. Celui-ci ne se présente pas comme une acculturation à une autre culture professionnelle, mais comme le recours à un terme qui semble faire l'unanimité afin de se rendre visible. Et cela n'est pas une démarche spécifique aux Centres Sociaux, comme le montrent ces propos d'un coordinateur MAIA à qui l'on présente l'action des Centres Sociaux « *Ah oui, bien-vieillir, intergénérationnel et tout... c'est ça ! Tous les mots sont là !* » (entretien n° I).

Il s'agit également d'une distinction des publics. Les MAIA ciblent un public en situation de perte d'autonomie, ce qui n'est pas le cas du Centre Social (voir Introduction de la Partie II et partie II chapitre 5 - 2.1). À l'origine les MAIA se sont développées comme des « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » avant de devenir un dispositif portant sur l'autonomie. Cette évolution de la prise en charge d'une maladie spécifique à des considérations sur la prévention sur la perte d'autonomie en général, correspond à un virage vers la question de la dépendance qui éloigne d'autant plus ces structures des publics et des considérations des Centres Sociaux. La segmentation publics autonomes et publics dépendants n'est pas spécifique à la MAIA. Elle se retrouve dans l'évolution

des rapports entre le Centre Social et l'EHPAD avant et après la labellisation CLIC et c'est ce qu'illustrent les propos d'un coordinateur MAIA :

« Mais ce qui m'a été redit [par le groupe composé] des infirmières coordinatrices de réseaux de santé gériatologique et des coordinatrices de CLIC et des gestionnaires de cas et des professionnels de l'équipe d'adaptation et réadaptation et c'est un avis unanime ; c'est que non, on ne travaille pas avec les Centres Sociaux. Avec comme constat que la personne âgée qui fréquente ces professionnels est déjà dépendante et que donc ces personnes-là ne vont pas aux Centres Sociaux. Et que [les personnes] ne sollicitent jamais [ces professionnels] sur ce volet-là et qu'eux n'ont jamais été sollicités par les Centres Sociaux. Il n'y a pas de lien » (entretien n° I).

La proposition ou l'articulation avec des acteurs autour des loisirs, d'actions socioculturelles, etc. relèvera, du point de vue de la MAIA, des compétences du CLIC : *« Le CLIC c'est l'organe qui va pouvoir aller plus loin parce que ce sont des centres locaux de proximité. [...] Donc s'il y avait une articulation à faire avec la vie sociale ou le loisir sur le quartier, ils les orienteraient. »* (entretien n° I). Or, pour les CLIC, ce rôle de relais en proximité est un rôle dans lequel les Centres Sociaux trouvent leurs places. Doit-on alors comprendre les CLIC comme une articulation entre le dispositif MAIA, consacré à la question d'autonomie et opérant sur des territoires plus vastes et des opérateurs non spécialisés agissant sur des territoires plus réduits ? Dans cette configuration, les Centres Sociaux offriraient le double avantage de la proximité et de la non-spécialisation.

1.3.2. Un acteur encadré

La mise en avant des Centres Sociaux dans leur dimension locale se retrouve dans les propos d'autres acteurs du territoire. Néanmoins, dans ces propos, ce n'est pas la position de relais sur le territoire qui est mise en avant, mais la proximité relationnelle qu'ils peuvent avoir avec leurs publics. L'intérêt de travailler avec les Centres Sociaux serait qu'eux *« ont le public »*²⁵⁶, *« ils connaissent le territoire, ils connaissent les gens... c'est pour ça aussi que ce sont de bons partenaires »* (entretien n° XVII).

Cette capacité à toucher un public est présentée comme un facteur de réussite et de développement d'activités, notamment auprès de personnes âgées ne présentant pas de critère de dépendance :

« On sait vers qui il faut se tourner : si on veut mobiliser des personnes en perte d'autonomie, on va aller voir la MAIA, la Carsat etc. Par contre quand tu veux toucher des personnes qui vont bien, vers qui tu vas ? Il n'y a pas un listing des personnes âgées en bonne santé ! Alors on va s'associer avec des mutuelles, mais elles ne touchent que leurs adhérents, il peut y avoir les CLIC aussi, quand il y a un CLIC... et du coup avec les Centres Sociaux, on touche aussi ce

²⁵⁶ Intervenant proposant une activité dans un Centre Social — première phase du terrain

public-là et directement sur le territoire voulu... On ne touchera jamais tout le monde, mais c'est déjà un bon contact » (entretien n° XVII).

La force des Centres Sociaux est leur capacité à mobiliser un public fidèle et recherchant la pratique d'activité (voir partie II chapitre 5 – 2.3.2.b). Cette envie du public est un moteur de développement des activités des centres en partenariat avec d'autres acteurs de la prévention pour un vieillissement en santé. C'est, par exemple ce qu'illustre les propos d'un animateur sportif d'une association promouvant le sport-santé et proposant des ateliers avec et dans les Centres Sociaux : *« ce qui est fou [avec le développement des activités dans les Centres Sociaux] c'est qu'au départ on part avec 1 h de cours et on finit avec 10-12 h... donc clairement il y avait une envie qui s'est exprimée »* (entretien n° XVII).

Dans cette perspective, le Centre Social est *« un acteur encastré »* (Cortéséro 2013). L'intérêt du Centre Social est celui d'une inscription « organique » dans le tissu territorial, ce qui lui donne une connaissance de la population et le rend familier (voir partie III chapitre 7 – 2.1). Cela permet de mettre en place des activités qui, en plus de répondre à une envie constatée de la population ou à une volonté d'acteur de les mettre en place, bénéficient d'une audience suffisante pour permettre leurs maintiens et leurs développements. Cette capacité du Centre Social est mise en avant dans la construction de partenariat d'action, par opposition au partenariat financier :

« On est complémentaire dans le savoir-faire... nous on apporte le savoir technique sur la pratique sportive, etc. et eux [les Centres Sociaux], ils vont plus être dans leur capacité à mobiliser un groupe. » (entretien n° XVII)

« Avec la MSA ou la Carsat c'est plus [un partenariat] technique et financier et avec le CLIC ou les associations du territoire, c'est plus lié à l'action » (entretien n° VI)

Cette complémentarité est mise en avant de part et d'autre, mais le maintien de ces partenariats n'est pas certain. Ces collaborations et les activités qui les accompagnent sont précaires : *« on est associatifs, ils sont associatifs... à un moment il faut aussi un partenaire qui ait du potentiel financier »* (entretien n° XVII). Dans le contexte de l'appel à projets, le financement de la proposition des activités et celui de leur mise en place se retrouvent séparés et font chacun l'objet de demandes distinctes. *« Ce qui va se passer c'est qu'eux vont demander un financement pour la création des ateliers et nous on va demander un financement pour mettre en place ces ateliers dans le centre »* (entretien n° X). Dans ce type de montage, la compétence technique, le savoir-faire en matière d'interventions sur le vieillissement est associé au porteur de l'atelier et non à celui de sa mise en place. Le Centre Social n'apparaît pas comme un acteur du vieillissement : c'est un acteur *« encastré »* de l'animation territoriale.

La nature du territoire a un rôle important dans la compréhension du Centre Social comme un acteur *« encastré »*. L'action du Centre Social comme catalyseur des dynamiques et des solidarités locales semble être plus lisible dans les milieux ruraux plutôt qu'urbains. Cette distinction tient au fait que pour offrir des services et des propositions faites aux personnes âgées, le Centre Social rural a peu de

concurrence. Cette position peut d'ailleurs être un frein au développement de partenariat avec les associations locales (voir III.8.1.2.1.). En comparaison, un Centre Social urbain peut-être en concurrence avec beaucoup plus d'associations, le CLIC, le CCAS, etc.

Cela influence l'intérêt stratégique des Centres Sociaux pour la mise en place d'actions vers le public vieillissant. En se référant à ces propos d'une animatrice sportive d'une association proposant des activités avec les Centres Sociaux, il apparaît que pour proposer quelque chose en milieu rural, un des moteurs sera le Centre Social :

« Quand je donne un cours [en ville] je n'ai pas du tout le même public que quand je vais [en milieu rural]. Ce n'est pas du tout la même chose. Quand on approche une ville, les seniors sont beaucoup plus débrouillards [...], ils ont accès à tout ! Ils vont à la bibliothèque, ils vont au cinéma... ils ont un CCAS qui fait tout pour eux, ils ont un CLIC qui est aux petits soins pour eux, qui leur propose des journées thématiques, qui leur propose plein de trucs ! [...] On voit quand même qu'il y a une différence de folie [avec les zones rurales], en milieu rural ça paraît plus compliqué. En même temps, je trouve qu'en milieu rural il y a une solidarité qui ne se fait pas en ville. Dans les Centres Sociaux par exemple je trouve qu'il y a une vraie solidarité, un vrai échange, il y a des gens qui vont se mettre en quatre pour mettre en place des choses ! »
(entretien n° XVII)

1.3.3. L'interconnaissance : une démarche qui reste à faire

La logique d'appel à projets en remplacement des subventions a réduit les temporalités d'actions et la part de financement consacré à l'ingénierie sociale derrière ces projets. Le développement d'un partenariat, d'une interconnaissance entre les acteurs, surtout quand ceux-ci interviennent dans des champs différents, est une démarche qui s'inscrit dans un temps long. Elle ne se traduit pas immédiatement, voire pas du tout, par la mise en place d'une intervention ou la proposition d'une action auprès du public. Or, le financement par appel à projets se traduit par une exigence quasiment systématique d'une concrétisation en « face à face public ». Aussi, la création de liens, de relations avec d'autres acteurs n'entrant pas directement dans son domaine d'intervention est limitée par une question du temps et de moyens à y consacrer.

Le manque de lien, d'un côté comme de l'autre, avec des acteurs éloignés de son champ d'intervention s'explique aussi par un manque de temps et de moyens à consacrer à la mise en place de nouvelles collaborations :

« Ce sont des acteurs qui ont la tête dans le guidon. Ils sont concentrés sur leurs réponses, les priorités liées au parcours de vie et de santé et du coup ces volets [socioculturel et lien social] sont moins priorisées » (entretien n° I).

« C'est pas facile d'aller travailler avec les gens du médicosocial, on ne travaille pas de la même manière, on n'a pas le même vocabulaire... alors le médical n'en parlons pas ! Rien que pour que

l'on se comprene entre nous, ça prend un temps fou et ce temps que l'on consacre à se lancer dans des trucs où l'on est pas sûr que ça aboutira, c'est un temps que l'on ne consacre pas à faire des projets dans ce en quoi on sait que l'on est bon... et on a pas vraiment le luxe de perdre ce temps-là » (Cadre fédéral – échange informel)²⁵⁷.

La réponse à l'invitation de l'ARS à une journée de réflexion organisée dans le cadre du projet I-CARE ayant pour objet : « *Centres Sociaux et partenaires s'associer face aux enjeux du vieillissement* » illustre cette difficulté. La présence de l'ARS était conditionnée à l'existence de partenariats préalables sur la question du vieillissement. Or si 22 des 140 des Centres Sociaux des Pays de la Loire ont des relations partenariales avec l'ARS, celles-ci portent essentiellement sur la jeunesse. L'approfondissement des relations partenariales avec ce type d'acteur est conditionné aux relations existantes et celles-ci confortent les Centres Sociaux sur un domaine qui n'est pas celui du vieillissement.

2. Financement, concurrence et disparités locales

Introduction

Les relations entre les Centres Sociaux et les acteurs gériantologiques permettent d'illustrer deux des principaux freins identifiés au développement de partenariats : la méconnaissance des acteurs et le manque de temps et de méthodes. Un des autres freins principaux est la concurrence entre les acteurs. En se tournant définitivement vers l'attribution de financement par l'appel à projets (voir partie I chapitre 2 – 3.2.1), la structuration de l'offre gériantologique s'éloigne de l'identification des besoins et les spécificités des territoires. Pour les établissements, il ne s'agit plus de répondre à une demande territoriale, mais à une offre mise en compétition « *dans une optique d'efficacité économique* » (Blanchet 2016 p.173). Dans ce contexte, des acteurs agissants théoriquement sur des pans différents de l'action gériantologique se retrouvent en concurrence (**III.8.2.1.**).

La mise en place de ces orientations ou dispositifs crée de nouveaux espaces de reconnaissance pour les Centres Sociaux. C'est notamment le cas avec la mise en place des Conférences des financeurs qui leur offre une lisibilité auprès des conseils départementaux (III.8.2.2.). Cela a pu, dans certains cas, contribuer à implanter les Centres Sociaux dans le champ de vision des équipes départementales :

« Dans l'accompagnement des publics âgés, le département n'avait pas de relations avec les Centres Sociaux jusqu'à présent [...] ce qui s'explique aussi dans la mesure où le département n'était pas dans la mise en place de cette compétence-là. [...] C'est depuis cette année qu'à la faveur du diagnostic, on a pris conscience que parmi les acteurs majeurs sur certains territoires, déjà dans l'accompagnement des plus de 60 ans, les Centres Sociaux étaient là et bien là ! Et qu'ils étaient en capacité de proposer le développement d'actions » (entretien n° XX)

²⁵⁷ Première phase du terrain

2.1. Les effets de concurrences entre les acteurs

2.1.1. CLIC et Centres Sociaux : entre complémentarité et concurrence

Même s'il constitue un cas intéressant, le portage d'un CLIC par un Centre Social reste une exception. Dans le cas beaucoup plus fréquent où le Centre Social et le CLIC sont deux structures différentes, les relations entre les deux structures vont de la complémentarité à la concurrence suivant les configurations.

Bien que cet élément soit apparu, dans notre enquête, dans les territoires urbains, il est possible que ce soit également le cas dans les territoires ruraux. En effet, la proposition des CLIC d'actions collectives de prévention est similaire à la proposition des Centres Sociaux. « *Ce que [le CLIC] propose, ce sont des activités pour être bien dans sa tête, bien dans son corps et bien avec les autres* » (entretien n° XIX). Cela se traduit par la proposition de temps de rencontre, d'ateliers mémoire ou sportifs sur des cycles de 5 à 10 séances suivant les ateliers et les CLIC, de temps de rencontre réguliers (e.g. « *Café Entrour'âge* » proposé un jeudi par mois par le CLIC de La Roche-sur-Yon). Cette similarité des propositions fait émerger, dans certain cas, des tensions :

« Ce n'est pas que l'on ne veut pas faire des activités avec les CLIC, mais bon... des fois on se dit que c'est un peu... risqué. On fait des cafés rencontre, ils font des cafés-rencontres, on fait de la gym sur chaise, ils font de la gym sur chaise... Et c'est plus notre truc à la base, ce genre de chose ! Sauf que quand tu vas voir des partenaires sur le vieillissement ils savent ce qu'est le CLIC, ils connaissent, donc ils vont les financer... et après ben c'est compliqué d'aller travailler avec quelqu'un... pas qu'il t'ait piqué quoi que ce soit, mais bon, qui a eu les fonds que tu voulais... Donc on peut se dire que de ne pas faire avec eux, ça nous laisse quand même une chance d'être vus à force. » (Président de Centre Social – échange informel)²⁵⁸

Cette méfiance, formulée du côté des Centres Sociaux, n'est pas nécessairement exprimée par les responsables de CLIC que nous avons rencontrés. Ils expriment un « *principe de subsidiarité, c'est-à-dire que l'on ne va pas faire ce que les autres font* » (entretien n° XIX) quant au dispositif de repérage de l'isolement (ici à propos de Monalisa). Néanmoins ils n'appliquent pas ce principe à la proposition d'activités de prévention.

Les CLIC ne sont pas des établissements de proposition d'activités, avec des locaux, etc. Ils devraient, en théorie, coordonner les établissements existants sans s'y substituer ou s'y ajouter. Pourtant, la mission des CLIC de niveau 3 est bien de proposer des animations collectives. Si on peut supposer qu'au départ cette mission devait être portée par des CLIC agissant sur des territoires où il n'y avait pas de proposition d'animation collective, ce n'est plus le cas aujourd'hui : « *les niveaux on ne sait pas aujourd'hui si c'est un bon critère... certain département, comme la Vendée et la Loire-*

²⁵⁸ Première phase du terrain

Atlantique, ont dit "il n'y a plus de niveau, vous faites toutes les missions"» (entretien n° XIX). Lors de l'échange avec le coordinateur MAIA, le CLIC est présenté dans une posture plutôt défensive quand se pose la question de la mise en lien avec les Centres Sociaux : « Alors faut pas faire peur au CLIC non plus ! Actuellement le département a mis en place la réorganisation donc il y a quelques craintes à avoir. Après les CLIC restent les CLIC, mais bon le financement est quand même revu à la baisse, donc les CLIC sont un peu peureux. Enfin peureux, ce n'est pas le mot du tout, mais ils sont inquiets... et il y a de quoi... » (entretien n° I)

2.1.2. Réorienter son action

Cette « crainte » s'explique par la tension existante entre le CLIC coordinateur et la MAIA intégratrice et par la fragilisation progressive des CLIC. Le changement du positionnement du CLIC dans les politiques de coordination gériatologique est lié à l'émergence de la MAIA dont « [...] ce qu'il faut retenir c'est que ce sont les services, les acteurs et les ressources des territoires en général qui sont mobilisés autour du parcours de la personne âgée pour l'autonomie » (entretien n° I). La création des MAIA souligne un changement d'orientation dans les politiques de coordinations gériatologiques au travers d'un changement de terme. Il ne s'agit plus de coordination, mais d'intégration.

« L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse » (CNSA 2015)

L'intégration des acteurs repose peu sur le contact avec les populations cibles. Comme le souligne le coordinateur d'un CLIC : « la MAIA ce n'est pas un service, c'est une méthode » (entretien n° XVIII). Ce tournant dans les ambitions de coordination semble avoir poussé les CLIC dans une position défensive, où ils doivent faire la preuve de la pertinence de leurs actions tout en continuant de devoir assurer un rôle de coordination.

« Tout d'un coup les pouvoirs publics disent : on va créer les MAIA, la coordination on oublie, maintenant ce qui est important c'est l'intégration. Lors du colloque national à Sablé-sur-Sarthe [en 2008] on est 450 et un médecin de la CNSA vient nous dire que ce qu'on fait c'est bien gentil, mais ce n'est pas ça... ce n'est pas professionnel, ce n'est pas cadrant... l'avenir c'est la MAIA [...]. On l'avait senti venir, fallait aller de l'avant, promouvoir les bonnes pratiques, avoir une représentation nationale... donc on a créé l'association à cette occasion... donc on a un besoin de savoir ce qui se fait sur les territoires, de travailler sur des questions communes, notamment l'évaluation qualité des CLIC » (entretien n° XIX).

Ces propos viennent donc illustrer une concurrence des dispositifs de coordination/intégration qui tient plus à un changement d'orientation des politiques publiques qu'à une tentative de régler un manque constaté dans les pratiques : « *On n'évalue pas et on crée de nouveaux dispositifs* » (entretien n° XIX). Et cela semble être un frein à la mise en place efficace d'outils ou méthodes portées par l'un ou l'autre des dispositifs :

« Par exemple les CLIC ont du mal à se [le répertoire MAIA] l'approprier. Alors on pourrait se dire mince, dommage, c'est surtout destiné pour eux, parce que ce sont eux qui vont pouvoir imprimer des fiches, les laisser aux personnes et aller dans tous les niveaux de détail si besoin. Mais comme les CLIC n'ont pas attendu qu'il y ait ce répertoire pour mener à bien leur mission, ils ont déjà leurs propres outils dont ils ont l'habitude, dont ils sont satisfaits, qu'ils actualisent à leur façon avec un niveau de connaissance et une structuration... » (entretien n° I).

Les CLIC dans cette nouvelle « concurrence » se tournent plus fortement vers les dimensions d'accompagnement et d'animation, terrain d'intervention des Centres Sociaux. Ces derniers subissent donc les mutations et recompositions d'un système d'acteurs dans lequel ils cherchent à s'implanter. En plus de la situation de concurrence avec la MAIA, le CLIC est en concurrence avec de nombreux autres acteurs (dont les centres sociaux) pour le financement de ses actions de prévention au sein de la Conférence des financeurs. Ce qui explique les difficultés rencontrées lors du développement de relation entre acteurs.

2.2. Des réalités locales contrastées

Contrairement aux coordinations/intégration que proposent les CLIC ou la MAIA, la Conférence des financeurs est un organisme de financement. Son rôle est de formuler un *programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention* (voir partie I chapitre 2 - 3.1.1.). Issue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), la Conférence de financeurs présente une ouverture de périmètre de l'action gérontologique, que ce soit par les domaines d'intervention ou les acteurs mobilisés (voir partie I chapitre 2 - 3.1.1.). Les Conférences des financeurs s'ouvrent plus largement à des actions socioculturelles. Seuls 14 % des actions viennent de porteurs dont les domaines d'interventions se rapprochent plus de l'action sanitaire à médicosociale (sanitaire et social, aide à domicile, soins et services). La part importante des porteurs issus de l'animation locale dont les actions ont été financées pour 2018 dans les Pays de la Loire (voir tableau 54) est un élément majeur de la reconnaissance des Centres Sociaux au sein de l'action gérontologique.

Tableau 54 : Domaines d'intervention des porteurs d'actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire en 2018

Domaine d'intervention des porteurs	Pourcentage parmi les actions financées
Animation Locale <i>dont Centres Sociaux</i>	22% 65%
Action sociale (CCAS, CIAS etc.)	14%
Service public (CLIC, MSAP, etc.) <i>dont CLIC</i>	10% 20%
Sport	9%
Sanitaire et Social (EAAR, Hôpital, etc.)	7%
Assurance - caisse de retraite- mutuelle	7%
Maladie dépendance handicap	7%
Aide à domicile (ADMR, vivre chez soi, etc.)	5%
Association pour les Personnes Agées	5%
Autres	5%
Habitat	3%
Mobilité	3%
Soins et service	2%

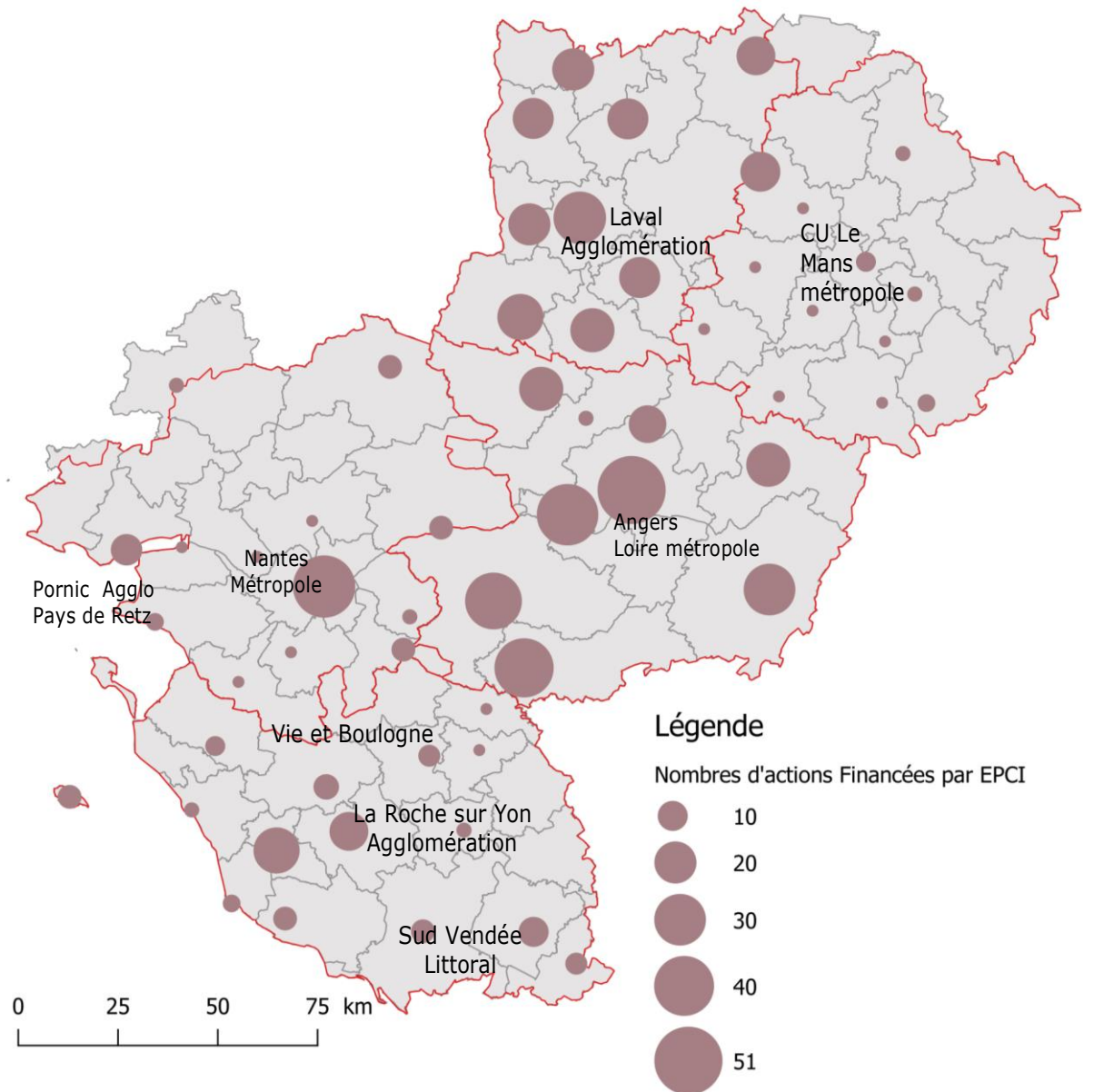
Sources : Département de Loire-Atlantique 2018; Département du Maine et Loire 2018; Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de la Vendée 2018; Département de la Sarthe 2018; Département de la Mayenne 2018 – Réalisation Juliette Michel 2019

2.2.1. Des couvertures territoriales variables

D'un côté le Maine-et-Loire et la Mayenne ont mis en place une stratégie de couverture du territoire : chaque EPCI propose plusieurs activités et chaque EPCI est couvert. D'un autre côté, en Loire-Atlantique, la proposition d'actions se structure autour des pôles de Nantes et de St Nazaire qui cumulent 57 % des activités proposées. Enfin, la dernière logique est celle de la Sarthe et de la Vendée. Comme pour la Loire-Atlantique, les actions proposées semblent concentrées sur certains pôles comme Le Mans ou La Roche-sur-Yon ou le Pays des Achards. Néanmoins le déploiement des actions dans ces deux départements se caractérise par la part importante d'actions « non localisées » allant de 30 % pour la Vendée à 38 % pour la Sarthe.

Plusieurs éléments peuvent être pris en compte pour expliquer ces différences de configurations. La différence de budget de chacune des Conférences pourrait expliquer l'écart entre les 269 actions financées en Maine-et-Loire contre 29 en Sarthe. La démographie des territoires pourrait également être un facteur. Cela pourrait expliquer, le nombre important d'actions situées sur le littoral vendéen par rapport à l'est du département, ou l'importance (relative) d'actions situées sur la communauté de communes Loir-Lucé-bercé (voir carte 13 partie I chapitre 1 – 2.3.1). Pourtant, cette lecture démographique de la distribution des actions est contredite par le nombre important d'actions situées dans des EPCI « jeunes » quand d'autres EPCI, dont le taux de vieillissement est plus important, n'en ont que très peu voire pas du tout. C'est par exemple le cas en Loire-Atlantique entre Nantes métropole, jeune et , ou en Vendée entre Vie et Boulogne et Sud Vendée Littoral.

Carte 20 : Nombre d'action financée par les Conférences des Financeurs des Pays de la Loire en 2018 par EPCI



	Actions sur le département ou sans localisation spécifique
Loire Atlantique	5
Maine et Loire	2
Mayenne	0
Sarthe	11
Vendée	42

Réalisation Juliette Michel 2018

2.2.2. Vers des effets de centralités ?

Une autre interprétation de la carte 20 peut s'effectuer à partir de la localisation des porteurs. Il y aurait, dans ce cas, plus d'actions financées dans les EPCI où il y a le plus d'acteurs. Les acteurs d'accompagnement du vieillissement ne seraient donc pas nécessairement localisés dans des espaces vieillissants. On formule l'hypothèse de l'existence d'une forme d'« économie de proximité » pour

expliquer ces centralités dans des espaces qui ne sont pas spécialement touchés par les problématiques auxquelles ils s'adressent.

Tableau 55 : Répartition des adhérents aux Gérontopôle des Pays de la Loire par EPCI

EPCI	Nombre d'adhérents au Gérontopôle
Agglomération du Choletais	1
Cap atlantique	1
Erdre et Gesvre	1
Laval agglomération	1
Mayenne communauté	1
Océan Marais de Mont	1
Pays de château Gonthier	1
Pays de st gilles croix de vie	1
Pays des Achard	1
Pays Fléchois	1
CC de Sablé sur Sarthe	1
Saumur Val de Loire	1
Sud Estuaire	1
Sud Vendée Littoral	1
Vie et Boulogne	1
Challans Gois communauté	2
Mauges communauté	2
Terre de Montaigu	2
La Roche-sur-Yon Agglomération	3
Pays de Pont château et St Gildas des Bois	3
CU Le Mans communauté	5
Hors Pays de la Loire	20
Angers Loire Métropole	23
Nantes Métropole	80
Total général	155

Source : Liste des adhérents du Gérontopôle des Pays de la Loire 2018

Les recherches sur les économies de proximité ont émergé dans les années 1990 (Rallet et Torre 2004 ; Bellet et Kirat 1998 ; Pecqueur et Zimmermann 2004 ; Talbot 2010). Elles distinguent deux dimensions : la proximité géographique et la proximité socioéconomique. Cette dernière « *met l'accent sur les caractéristiques socioéconomiques qui rapprochent les acteurs (individuels ou collectifs) : connaissances et savoir-faire, réseaux sociaux, valeurs...* » (Emin et Sagot-Duvaurox 2016 p.527). La création d'une économie de proximité tient à l'association de ces deux proximités, la proximité géographique nourrissant et favorisant la proximité socioéconomique. L'intérêt de ces dynamiques de est de faciliter le développement de projets exigeant des compétences complémentaires et spécifiques. Dans le cas qui nous intéresse, l'implantation des acteurs du vieillissement ne dépendrait alors pas du profil démographique du territoire, mais de la proximité géographique et socioéconomique avec d'autres acteurs de ce territoire. Cette proximité permettrait alors le développement de nouveaux projets ;

donnant un avantage à ces structures dans un champ d'intervention concurrentiel. Nous pouvons étayer cette hypothèse en regardant les EPCI d'implantations des adhérents au Gérontopôle des Pays de la Loire qui ambitionne de mettre en place un réseau d'acteur du bien-vieillir sur la région (voir tableau 55 et III.8.3.1.2.b.). On constate que plus de la moitié des adhérents au Gérontopôle sont localisés sur la métropole de Nantes (53 %), si on prend également en compte ceux localisés sur Angers Loire Métropole, on retrouve deux tiers des adhérents (66 %). Néanmoins, les observations effectuées dans les Centres Sociaux urbains tendent à montrer une limite à cette lecture.

En poursuivant cette hypothèse, on pourrait supposer que les Centres Sociaux urbains développeraient plus de partenariats, car implantés dans un tissu associatif plus dense et plus proche d'autres acteurs que les Centres Sociaux ruraux. Or, c'est presque l'inverse que l'on constate. Si les Centres Sociaux ruraux, notamment via les permanences, sont en lien avec beaucoup de structures différentes, les relations entre les Centres Sociaux urbains et les autres acteurs du territoire tiennent d'une forme de diplomatie interinstitutionnelle. Le contexte de concurrence conduit à l'établissement de sortes d'accords tacites entre les acteurs, chacun restant sur son public ou son domaine d'activité afin d'éviter d'être en compétition. Ce qui explique également les tensions qui émergent quand les CLIC se positionnent sur des champs dans lesquels les Centres Sociaux intervenaient déjà.

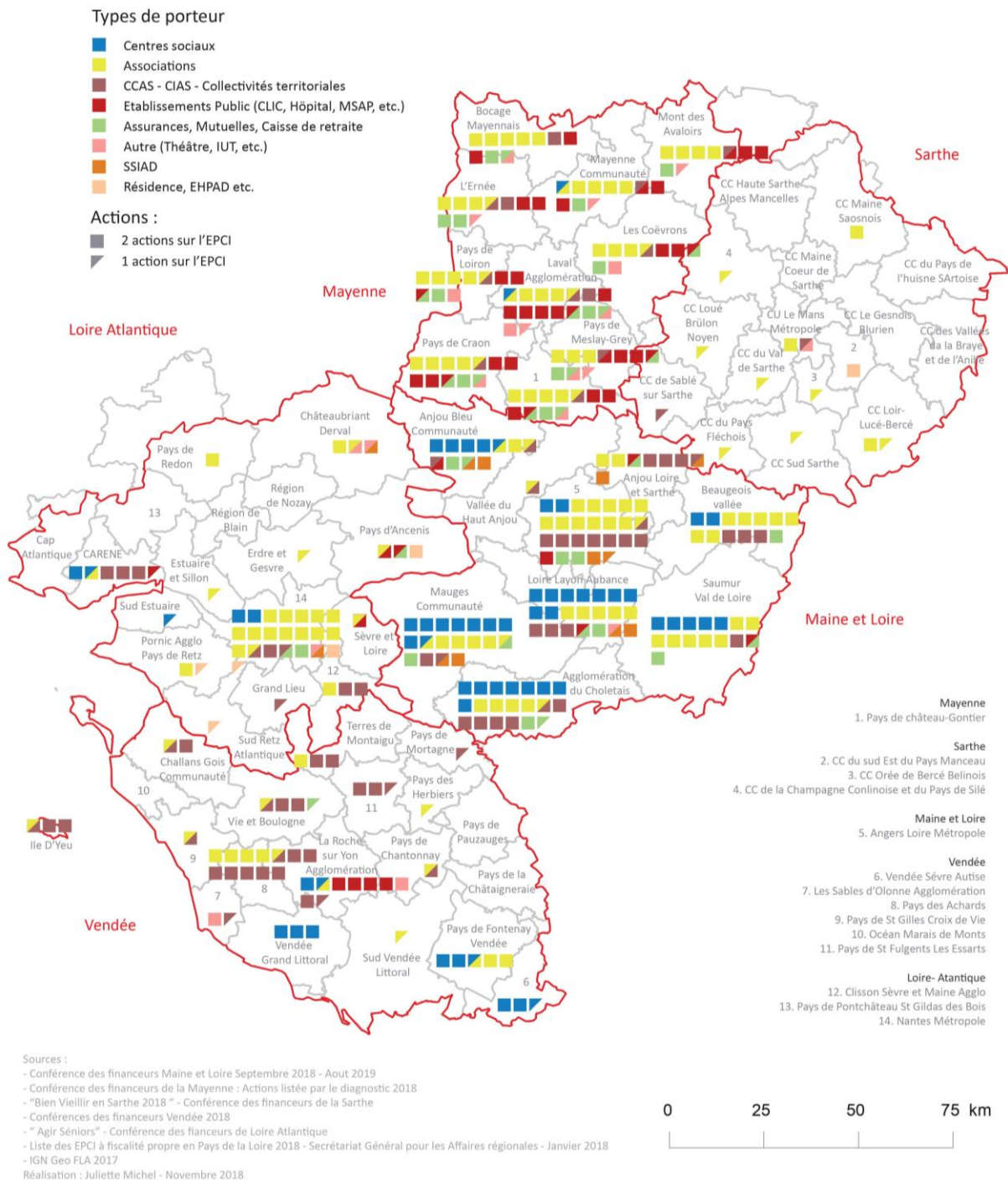
« Donc au niveau des acteurs [associatifs locaux] il y a un peu une guerre des chapelles... chacun reste dans son pré carré et du coup il y a des difficultés à faire ensemble... » (entretien n° XI)

« L'idée c'est aussi d'être un peu innovant parce que proposer des choses qui se font dans les maisons de quartier alentour, s'il y a une demande c'est très bien, mais le but c'est de ne pas faire la même chose que les voisins parce que si les voisins le font ils le font sûrement très bien » (entretien n° VIII)

2.2.3. La question de l'association au diagnostic.

Le Maine-et-Loire et la Mayenne ne présentent pas de phénomènes d'agglomération des acteurs. Les porteurs d'actions financées dans l'un ou l'autre des départements sont de nature très différente (voir carte 21).

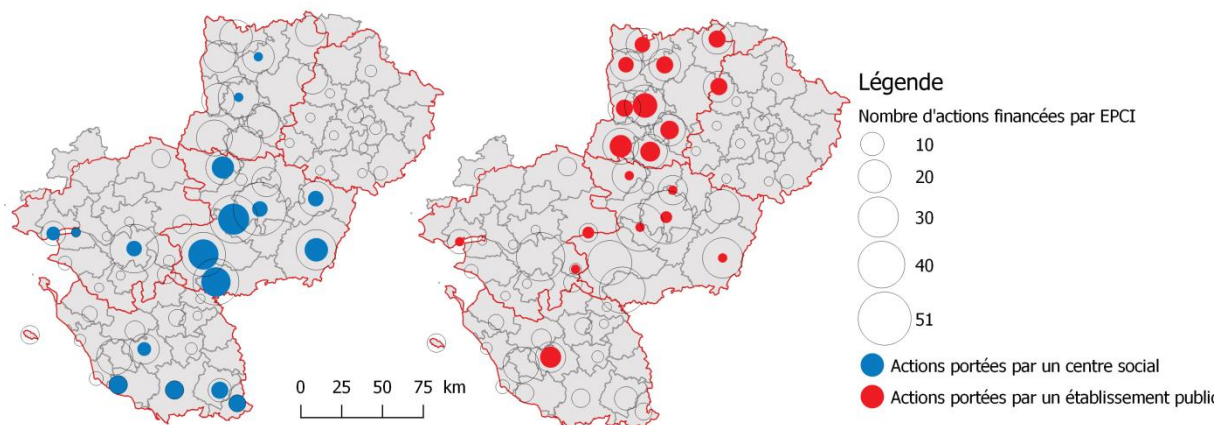
Carte 21 : Actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire en 2018 par EPCI et type de porteur



Réalisation Juliette Michel 2018

Cela s'illustre notamment par la différence de place que prennent les Centres Sociaux. Par exemple, les Centres Sociaux et les établissements publics sont présents dans des proportions inverses. 30 % des actions sont portées par des Centres Sociaux et 2 % par des établissements publics en Maine-et-Loire contre 29 % pour ces derniers en Mayenne et 1 % par des Centres Sociaux (voir carte 22). Cela pourrait s'expliquer par la différence du nombre des Centres Sociaux présents sur chacun des départements.

Carte 22 : Comparaison entre les Centres Sociaux et les établissements publics pour le portage d'actions financées par les Conférences de financeurs en 2018



Réalisation Juliette Michel 2019

Il est pertinent de souligner un autre élément : la différence de composition des groupes d'acteurs associés à ces diagnostics. Pour les deux conférences, un diagnostic de territoire a été construit sur chaque EPCI afin d'identifier les dynamiques de territoire et les acteurs déjà présents sur chacun d'entre eux. L'objectif de la démarche est d'« effectuer un recensement conjoint des actions et des besoins » (Département de la Mayenne 2018, p.8) afin de construire un appel à initiatives qui :

« vise [rait à] développer des actions collectives de prévention innovantes, additionnelles par rapport à ce qui se fait déjà, par exemple en mettant en avant de nouvelles thématiques de prévention, en mobilisant de nouveaux supports de travail (culture, patrimoine, environnement...), en déployant géographiquement une action pertinente déjà réalisée, en élargissant le partenariat, etc. » (Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Maine-et-Loire, p.7).

Les diagnostics des acteurs présents sur le territoire et l'appel à initiatives qui s'en sont suivi ont pu orienter le type d'acteurs à intégrer dans l'élaboration des programmes d'action en mettant en avant des porteurs partageant une « proximité socio — économique » avec ceux associés au diagnostic. Ce sont ces groupes d'acteurs qui ont contribué à définir les cahiers des charges des appels à initiatives des Conférences des financeurs, ceux-ci reprenant alors des caractéristiques de la pratique des acteurs du groupe les formulant. On peut alors expliquer la différence d'« éligibilité » des actions des Centres Sociaux. Pour la construction du diagnostic en Mayenne, les acteurs suivants ont été sollicités : la Maison départementale de l'autonomie, les MAIA et leurs comités d'intégration des Acteurs et des projets (CIAP)²⁵⁹, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), des directeurs

²⁵⁹ Les acteurs présents dans les CIAP sont des : médecins libéraux, gériatres, cadres de santé, assistante sociale, infirmière, directeur d'EHPAD, responsable de SAAD, directeur adjoint de centres hospitaliers, coordinateur EAAR et PALEX.

d'établissement médicosociaux, les services à domicile, l'ARS, les travailleurs sociaux, les CCAS, les associations, les représentants d'usagers, les familles d'accueil et les élus locaux (Département de la Mayenne 2018). Il y a donc eu beaucoup de représentants d'établissements publics. Le diagnostic du Maine-et-Loire a, lui, été construit autour d'ateliers regroupant des élus locaux, les CCAS et CIAS, les Centres Sociaux, les collectifs et les associations du territoire (Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Maine-et-Loire 2017). L'association des Centres Sociaux à la démarche de diagnostic dans le Maine-et-Loire a permis une meilleure visibilité de leurs actions par rapport à d'autres départements, comme la Mayenne ou la Vendée (où les Centres Sociaux portent 13 % des actions) :

« Il n'y a pas eu [en Vendée] de travail d'orientation partagé... Ce qu'il s'est passé, c'est qu'il y a un comité technique, il y a eu un observatoire de mis en place, mais l'on n'a jamais vu... et donc le comité technique donne des sous [...], mais ils définissent tout seuls leur ligne... Il y a des choses que l'on propose qui pourraient marcher, mais ce n'est pas dans le cahier des charges » (entretien n° XIV).

3. Placer les Centres Sociaux dans le paysage de l'action gériantologique

Introduction

Afin de placer les Centres Sociaux au sein du paysage gériantologique, il est nécessaire de se construire un cadre de référence synthétisant à la fois le contexte général de l'action gériantologique dans les Pays de la Loire et les différents éléments soulignés précédemment (**III.8.3.1.**). Comme l'exprime Mickaël Blanchet (2016) : *« l'histoire des politiques de la vieillesse nous rappelle que ces dernières se sont construites de manière sectorielle [...]. Recouvrant les sphères médicales, médicosociales, sociales et locales, les politiques de la vieillesse intègrent plusieurs institutions ainsi qu'un large panel d'acteurs »* (p.171). L'action gériantologique se présente alors comme un ensemble divers d'acteurs et de champs d'intervention qui a changé et qui continue d'évoluer. L'objectif est donc de positionner les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteurs multiscalair et intersectoriel. Au-delà du positionnement des Centres Sociaux en fonction de leurs relations avec les différents acteurs, il s'agit également de comprendre sur quelles dimensions de l'intervention gériantologique, les Centres Sociaux font reconnaître leurs actions (**III.8.3.2.**).

3.1. Construire un cadre de référence pour placer les Centres Sociaux

« Les raisons de cette méthode intégrative c'est qu'aujourd'hui le système est tout sauf intégré, il est en tuyau d'orgue » (entretien n° I). Ces propos d'un animateur MAIA illustrent les distinctions entre différents courants de l'intervention gériantologique qui structurent et positionnent les acteurs locaux autour de deux polarités : d'un côté une distinction de public dépendant/autonome et de l'autre une

opposition entre des services solidaires/lucratives. Trois courants émergent : une action gériatrique²⁶⁰ dirigée vers un public dépendant, une action gériatologique de bien-vieillir pour un public autonome et des initiatives en matière de Silver économie (voir partie I chapitre 2 – conclusion). Chacun de ces courants correspond à des champs d'intervention particuliers et à une échelle de pilotage spécifique.

3.1.1. Gériatrie et gériatologie : une distinction de champs et d'échelle

Il s'agit alors de nuancer le rôle du département comme unique institution de référence de l'action gériatologique. Cela est notamment lié aux effets de l'application, ces dernières années, des lois HPST²⁶¹ (2009) et ASV²⁶² (2015) qui ont conduit à une division des compétences et champs d'action entre le département et l'État. La mise en porte-à-faux des CLIC et des MAIA permet d'illustrer cette distinction entre un champ d'intervention médicosociale à sociale sous l'égide du département (CLIC) et une intégration (MAIA) des aspects médico-hospitaliers et du soin à un dispositif issu de service déconcentré, ici l'ARS et la CNSA.

« Quand je dis "professionnels" [intégrés à la MAIA], on est vraiment à chaque fois sur les professionnels de santé : des praticiens hospitaliers, tout ce qui va être établissements sanitaires et puis bien sur tous les services d'aides et de soins qui sont effecteurs (qui interviennent au domicile par exemple, pour les personnes) [...] Sauf que le but ce n'est pas non plus d'avoir un fourretout qui s'arrête plus. Donc on réfléchit, on prend le temps. Le but c'est qu'il soit aussi actualisé et utilisé donc [...] Par exemple cela n'a pas été validé [d'intégrer] tout ce qui est associations sportives dédiées aux aînés parce que là on se dit que l'acteur c'est le CLIC. »
(entretien n° I)

Cette distinction est loin de permettre un découplage de l'action. Au contraire, elle renforce la segmentation entre le médico-hospitalier et le socio-environnemental, la dépendance et la prévention, la gériatrie et le bien-vieillir. C'est cette segmentation que l'on retrouve dans les relations des Centres Sociaux avec des acteurs gériatriques (voir III.8.1.3.1).

Le département reste « leader », dans le sens où il élabore les documents de planification, mais « délègue » une part importante de l'action médicosociale aux ARS, celles-ci ayant des délégations territoriales par département. Le département se concentre de plus en plus sur les questions de la dépendance (volet social) et de l'adaptation du cadre de vie (volet environnemental). Cette orientation vers ces volets social et environnemental est encore confirmée par la Loi ASV (2015) par laquelle :

« le gouvernement fait le choix d'une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les

²⁶⁰ Précisons que l'idée n'est pas distinguer l'action gériatrique de l'action gériatologique comme ensemble de l'action destinée à un public retraité. La volonté est de souligner une distinction entre une action gériatrique et une action gériatologique portant sur des dimensions de bien-vieillir généralement marquées par des logiques de prévention (voir partie I chapitre 2 – 2.3). C'est pourquoi, dans le reste de l'exposé la dimension bien-vieillir sera systématiquement précisée lorsque nous ferons de cette dimension spécifique de l'action gériatologique.

²⁶¹ Loi hôpital patient santé territoire

²⁶² Adaptation de la société au vieillissement

dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie » (cité dans : Actualités sociales hebdomadaires 2016).

Pour les Centres Sociaux, cela s'illustre par la différence des relations entretenues d'une part avec les départements qui, avec les Conférences de financeurs, offrent un espace de reconnaissance de leurs actions (voir III.8.2.2), et d'autre part avec les ARS avec lesquelles ils peinent à avoir des contacts (voir III.8.1.3.3).

Les communes et les EPCI ont aussi leurs rôles dans cette action gériantologique via l'action sociale des CCAS et CIAS. La dernière réforme territoriale en date, la loi NoTRE (2015) met en place une redistribution des compétences des collectivités territoriales. Elle devrait permettre de ne plus retrouver la même compétence à des échelles différentes. Pour ce qui est de l'action gériantologique, cela se traduit par l'introduction d'« une nouvelle clause de compétence sociale » pour les départements qui précise que ceux-ci s'occupent de la prévention et de la prise en charge des situations de fragilité et de l'autonomie des personnes. Dans le même temps, elle renforce le rôle de l'intercommunalité en matière d'aide et d'action sociale rendant les CIAS compétents de plein droit en matière d'action sociale d'intérêt communautaire²⁶³. C'est-à-dire que le département comme les CCAS ou CIAS sont compétents en matière de mise en place d'action sociale à destination des personnes âgées. Les communes et EPCI ont un rôle important dans le financement de l'action gériantologique locale extralégale, notamment par le financement des associations. Ce rôle est d'ailleurs souligné par la composition des CDF. En effet peuvent siéger dans les Conférences des financeurs, les collectivités territoriales (hors départements) et les EPCI volontaires qui contribuent au financement d'actions.

Ainsi « *La fragmentation de l'action publique se déploie ainsi à travers l'accumulation des dispositifs organisés fonctionnellement et verticalement autour de prérogatives disjointes, parfois contradictoires* » (Trouvé et al. 2010, p.35). On retrouve donc un pilotage de gériatrie au niveau des ARS, un département chef de file l'action gériantologique de manière générale et au niveau local avec, entre autres, les CLIC, les CIAS, CCAS et les Centres Sociaux, les propositions de bien-vieillir et de services gériantologiques.

3.1.2. Silver économie, Centres Sociaux et action gériantologique

3.1.2.a. Modèle économique des Centres Sociaux et rapport aux valeurs

²⁶³ L'intérêt communautaire est défini par le conseil communautaire des EPCI à fiscalité propre depuis la loi MAPTAM (2014). Il sert de socle à la répartition des compétences entre l'EPCI et les communes adhérentes. L'action sociale fait partie des compétences dont peut se saisir l'EPCI en lieu et place de la commune.

Dernier courant identifié au sein de l'action gérontologique, la Silver économie est le plus éloigné des Centres Sociaux. Si les pouvoirs publics sont aujourd'hui la principale source de financement des Centres Sociaux (III.8.1.2.1), ils sont également la principale source recherchée. Le choix de la subvention correspond à un point de vigilance des Centres Sociaux quant à leurs partenariats : leurs valeurs. Celles-ci, affirmées dans la chartre fédérale (2000) sont le respect de la dignité humaine, la solidarité et la démocratie. Certains partenaires financiers sont ainsi exclus de la réflexion.

Dans le cas du vieillissement, les Centres Sociaux vont exclure tout ce qui tient de la Silver économie. *« Il faut faire attention aux financements sollicités. Des fois, il y a des partenaires qui font des choses pas très bien, il faut veiller au fait que ça n'entre pas en contradiction avec les principes des Centres Sociaux »* (entretien n° XIV). Cette position se retrouve au travers des propos d'un cadre fédéral, lors d'une rencontre autour du partenariat sur la question du vieillissement, quand il est évoqué la possibilité de se tourner vers des acteurs comme La Poste : *« Après il faut aussi être clair sur nos limites ! S'associer avec de l'action sociale payante, c'est un peu contraire avec ce que l'on défend [...] faut rester cohérent aussi. »*²⁶⁴

Les Centres Sociaux amorcent néanmoins des réflexions sur l'évolution de leurs modèles économiques et les partenaires possibles. La transition et les changements de mode de pensée s'opèrent lentement. C'est ce qu'illustrent ces propos d'un cadre fédéral à la suite d'une journée de réflexion sur l'avenir de leurs modèles économiques : *« On est content, il y avait du monde. Bon, c'est sûr il y a de grosses résistances, mais au moins ça discute. Il y a 5 ans quand on parlait d'économie on se faisait huer... »*²⁶⁵ Cette évolution s'accompagne du développement de partenariat avec des acteurs qui ne sont ni des partenaires historiques (comme la MSA) ni des institutions publiques. C'est par exemple le cas avec le partenariat avec AG2R LA MONDIALE dont le modèle mutualiste est jugé suffisamment proche des valeurs des Centres Sociaux.

3.1.2.b. Silver économie et coordination gérontologique

Il n'y a pas qu'avec les Centres Sociaux que l'on constate une distance avec la Silver économie. Celle-ci, où l'on retrouve pourtant des acteurs majeurs de la scène gérontologique, comme la Carsat ou les mutuelles, n'est que rarement intégrée dans les coordinations gérontologiques. Les entreprises et autres représentants du monde économique ne sont pas représentés au sein des porteurs financés par les Conférences de financeurs (voir III.8.2.2. tableau 54).

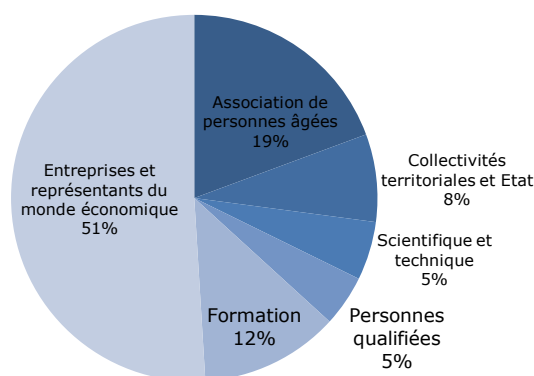
²⁶⁴ Phase d'observation complémentaire

²⁶⁵ Première phase du terrain

Prenons par exemple le Gériatopôle des Pays de la Loire²⁶⁶. Réseau des acteurs ligériens au service du bien vieillir (Gériatopôle des Pays de la Loire 2018), il a reçu, pour 2018, des financements de la part de 2 Conférences des financeurs de la région, pour un total de 4 actions. Cette faible présence du Gériatopôle s'explique, entre autres, par la nature du réseau en lui-même. Les Conférences des financeurs s'inscrivent dans la coordination d'acteurs du bien-vieillir, c'est-à-dire dans la proposition de services à portée sociale. Le Gériatopôle s'inscrit plus comme un réseau d'acteurs de la Silver économie. Si l'Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire a été adhérente au Gériatopôle au début de la recherche I-CARE, au moment où le Gériatopôle était l'un des partenaires techniques de la recherche, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Cette dimension économique de l'orientation du Gériatopôle est d'ailleurs un des freins mis en avant lors des discussions autour de la réadhésion possible de l'Union Régionale au Gériatopôle.

Il ne s'agit pas de mettre ces deux aspects en concurrence ou de dire qu'ils sont mutuellement exclusifs : la Conférence de financeurs finance des services marchands (comme, par exemple certaines aides à domicile) et les adhérents du Gériatopôle sont à 19 % (voir figure 47) des associations des personnes âgées. Néanmoins, leurs orientations et les types d'acteurs qu'elles regroupent font tendre ces coordinations vers l'un de ses deux pôles. Plus de la moitié des adhérents du Gériatopôle des Pays de la Loire en 2018 sont des entreprises et des représentants du monde économique alors que ce type d'acteurs est absent des Conférences des financeurs.

Figure 47 : Répartition des adhérents du Gériatopôle des Pays de la Loire par types



Source : Liste des adhérents du Gériatopôle des Pays de la Loire (2018) – réalisation Juliette Michel 2019

Cette distanciation de l'action gériatologique avec l'entreprise et le monde économique se traduit aussi par l'absence des bailleurs sociaux au sein de ces réseaux dont l'un des objectifs est pourtant le maintien à domicile. Parmi les 25 actions financées par les Conférences des financeurs portées par des

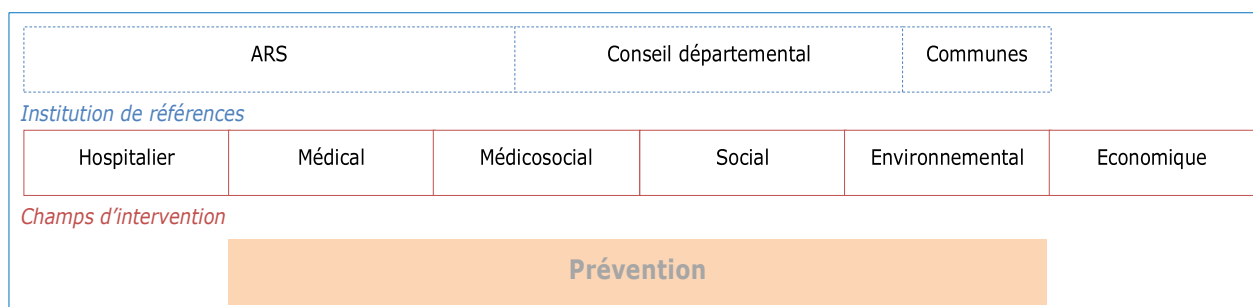
²⁶⁶ Il s'agit bien ici d'une analyse sur les Pays de la Loire. Il existe d'autres Gériatopôles dans différentes régions et tous n'ont pas les mêmes orientations.

intervenants dans le domaine de l'habitat, une seule est portée par un bailleur social. Ils ne sont pas non plus intégrés à la MAIA qui va porter sur les réseaux de santé, les médecins libéraux, les infirmières, les associations d'aides à domicile, etc. et non sur les entreprises proposant des services aux personnes âgées. Ce sont finalement les CLIC qui assurent le plus le lien avec le secteur de la Silver économie, certains CLIC ayant un agent dédié à la question. Un coordinateur de CLIC résume ainsi le rôle actuel des CLIC ainsi : « *Les axes forts finalement c'est ça : le partenariat en local, mais aussi avec la Silver Économie et le décroissement* » (entretien n° XVIII).

3.1.3. Délimiter une zone où placer les Centres Sociaux

Nous proposons de superposer aux différents champs d'interventions de l'action gériantologique identifiés par Mickaël Blanchet (2016 voir figure 46 III.8.1.Introduction) des « pilotes territoriaux », institutions de référence. À ces champs, nous ajoutons le champ « économique ». Celui-ci représente les services marchands qui ne relèvent pas de l'un des autres champs présentés (certains de ces services pouvant relever d'une action sociale par exemple). Par institution de référence, nous entendons l'institution portant la compétence sur ces différents champs d'intervention. Ce cadre va servir à positionner les Centres Sociaux dans ce système d'acteurs (voir figure 48). Il ne présente cependant que des institutions porteuses de compétences de mises en place de politiques publiques car c'est auprès de ces acteurs que les Centres Sociaux cherchent à se faire reconnaître (voir partie II chapitre 5 – 1.2.2.b).

Figure 48 : Schéma des champs d'intervention et Institution de références de l'action gériantologique

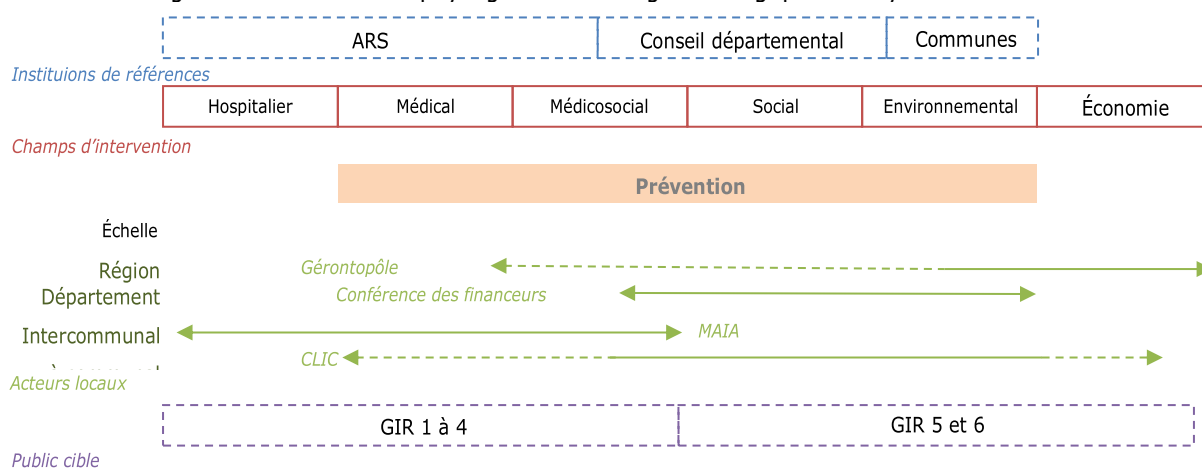


Réalisation : Juliette Michel 2019

Les limites entre ces différents « pilotes » ne sont pas hermétiques : l'ARS et le département sont partenaires, de même que les communes et les EPCI peuvent être associés à l'élaboration du programme départemental. De plus, ce n'est pas parce que l'un de ces acteurs n'est pas identifié comme pilote au niveau de l'un des champs d'intervention qu'il n'y agit pas. Par exemple, la commune et intercommunalité ont une action sociale gériantologique importante, notamment via l'action des CCAS et CIAS. Il en va de même pour l'ARS. Néanmoins, sur cette dimension « action sociale », c'est le conseil départemental que l'on identifie comme chef de file. L'identification de ces « chefs de file » permet également de mettre en avant les différentes échelles auxquelles ces pilotages s'organisent. Par exemple, le travail sur l'adaptation de l'environnement de vie des personnes s'inscrit dans une échelle infra départementale, communale ou intercommunale. De nouveau, le champ de l'économie apparaît à part. Il ne semble pas s'inscrire davantage à un niveau d'échelle plus qu'un autre...

Le schéma présenté en figure 49 propose un positionnement des acteurs locaux rencontrés (CLIC, MAIA, Conférence des financeurs et Gérontopôle) afin de pouvoir placer les Centres Sociaux. Ce positionnement prend en compte leurs champs d'intervention, leurs échelles ainsi que le degré d'autonomie du public âgé ciblé. Ainsi on distingue des réseaux gériatriques, centrés sur la question de la dépendance et de la prise en charge des pathologies liées à l'âge, représentés ici par les MAIA, de réseaux gériatologiques du bien-vieillir, centrés sur l'accompagnement et la prévention des risques liés au vieillissement, qui seraient les Conférences des financeurs. Un dernier type de réseau serait celui des acteurs économiques, présentés via le Gérontopôle. Le Gérontopôle n'ambitionne pas d'être un réseau d'acteurs économiques et les champs d'intervention dans lesquels il dit s'inscrire vont jusqu'à l'intervention hospitalière. Néanmoins, au vu des adhérents, des actions mises en avant et les formations proposées (activités physiques et sportives, programme régional des aidants, formation à la sénescence, formation sanitaire et sociale, etc. [« Développer des formations répondant aux enjeux du vieillissement », s.d.]), le choix est fait de le positionner plus clairement dans le domaine de l'économie et de la prévention environnementale.

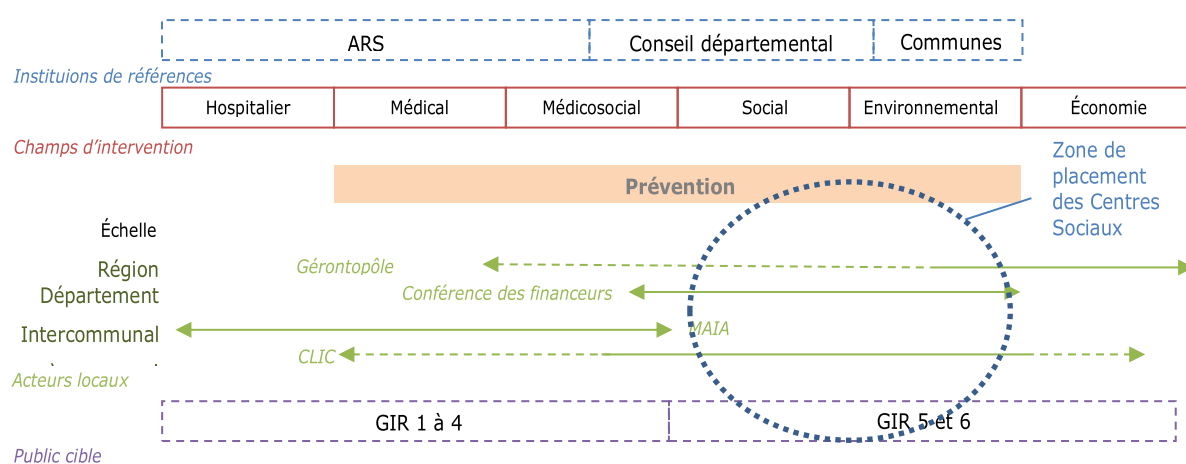
Figure 49 : Schéma du paysage de l'action gériatologique en Pays de la Loire



Réalisation : Juliette Michel 2019

Ces éléments contribuent à délimiter une zone générale de positionnement des Centres Sociaux au sein de cette action gériatologique (voir figure 50). En tant qu'acteurs encadrés (voir III.8.1.3.2) et au vu du rôle qu'ils ont endossé dans le portage des CLIC (voir III.8.1.1.2) et les concurrences qui se lisent entre ces acteurs (III.8.2.1.1), les Centres Sociaux viennent inscrire dans une échelle départementale ou infra départementale. Les relations, ou dans ce cas l'absence de relation, avec les acteurs gériatriques (voir III.8.1.3) quand les Conférences des financeurs contribuent à rendre les Centres Sociaux visibles dans une coordination de bien-vieillir (voir III.8.2.2) placent ces derniers dans le champ de la prévention et au sein de ce champ, auprès des publics non dépendants. Enfin les Centres Sociaux se positionnent délibérément à l'écart du champ de la Silver économie (voir III.8.3.1.2.a.).

Figure 50 : Placement des Centres Sociaux dans les Pays de la Loire



Réalisation : Juliette Michel 2019

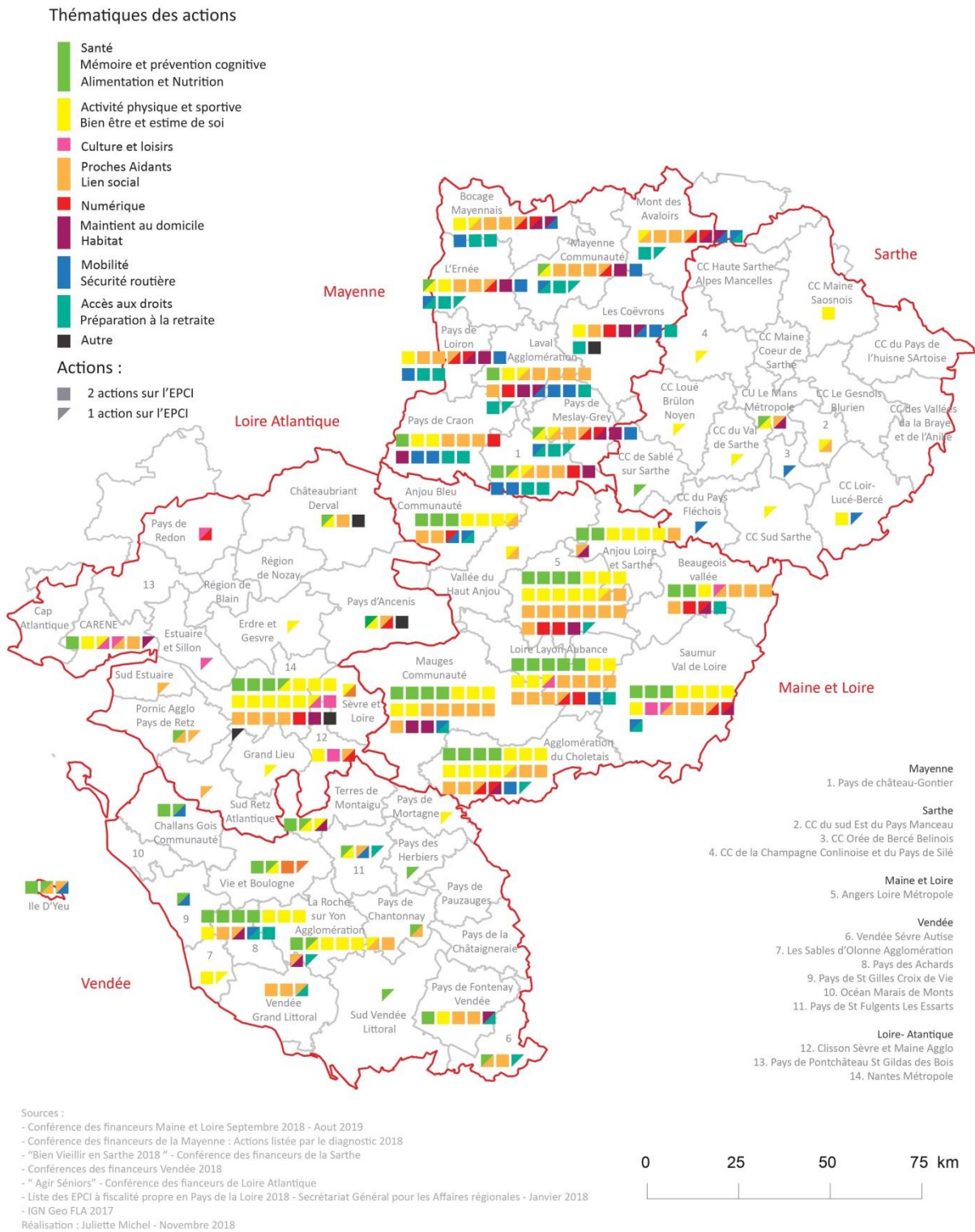
3.2. Un placement thématique des Centres Sociaux

3.2.1. Des thématiques locales ?

Cette délimitation du placement des Centres Sociaux peut être affinée, en étudiant d'une part le type d'actions bien-vieillir sur lesquelles les Centres Sociaux sont reconnus et d'autre part les thématiques des actions financées par les Conférences des financeurs.

Comme le montre la carte 23, les thèmes dans lesquels s'inscrivent les actions financées varient d'un département à l'autre. Certains départements s'orientent plus vers une prévention par les activités physiques et sportives, comme la Sarthe où 45 % des actions financées s'inscrivent dans cette thématique. D'autres, comme le Maine-et-Loire ou la Vendée, s'orientent plus vers une prévention par la promotion du lien social (31 % en Maine-et-Loire et 28 % en Vendée).

Carte 23 : Actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire en 2018 par EPCI et thématiques de l'action

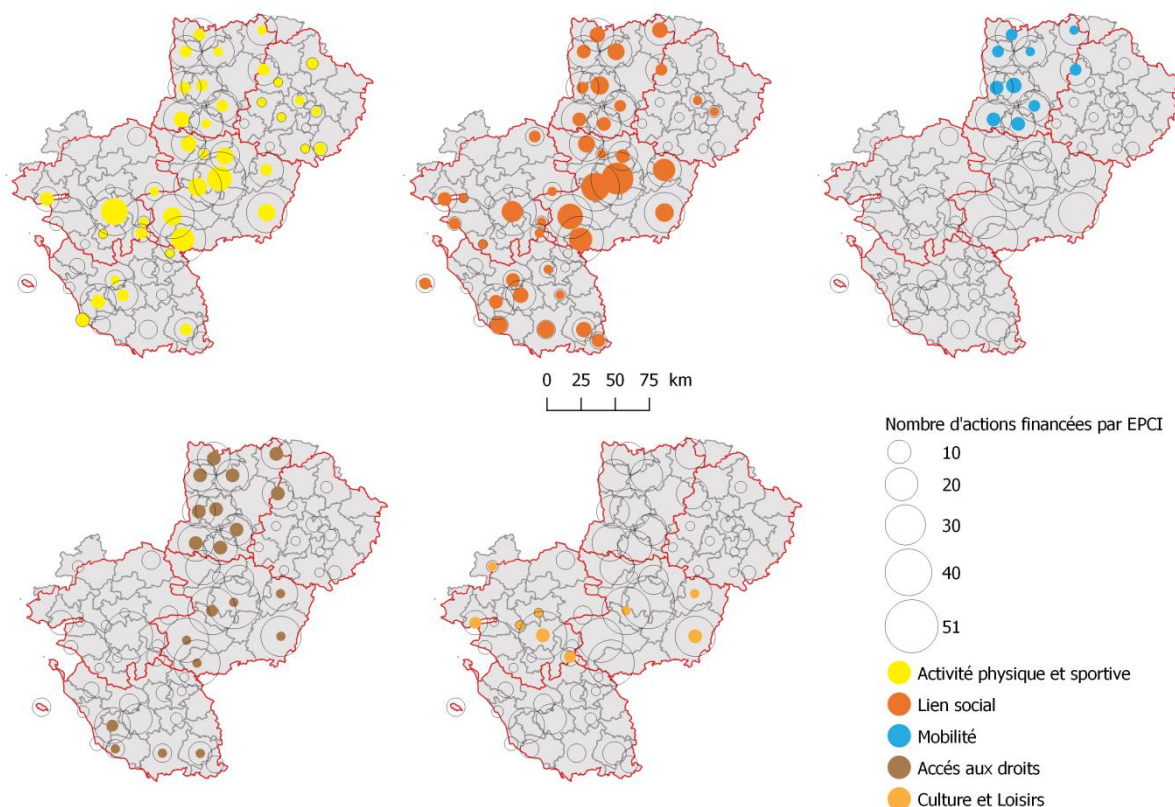


Réalisation : Juliette Michel 2018

Certaines problématiques sont spécifiques à un département : 96 % des actions autour de la mobilité sont localisées en Mayenne, ainsi que 70 % de celles autour de l'accès aux droits alors que les actions autour de la culture et du loisir ne sont présentes qu'en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire. Il pourrait

s'agir de nouveau de spécificités dues à une opposition urbain/rural. Un département fortement rural comme la Mayenne, où l'intégralité du territoire est couverte par des actions de la Conférence des financeurs, fait face à des problématiques de mobilité et d'accès aux droits. À l'inverse, dans un département comme la Loire-Atlantique où la plupart des actions se déroulent sur des territoires urbains, ces problématiques sont moins présentes (voir carte 24).

Carte 24 : Comparaison de la répartition de certaines des thématiques financées par les Conférences des financeurs en 2018

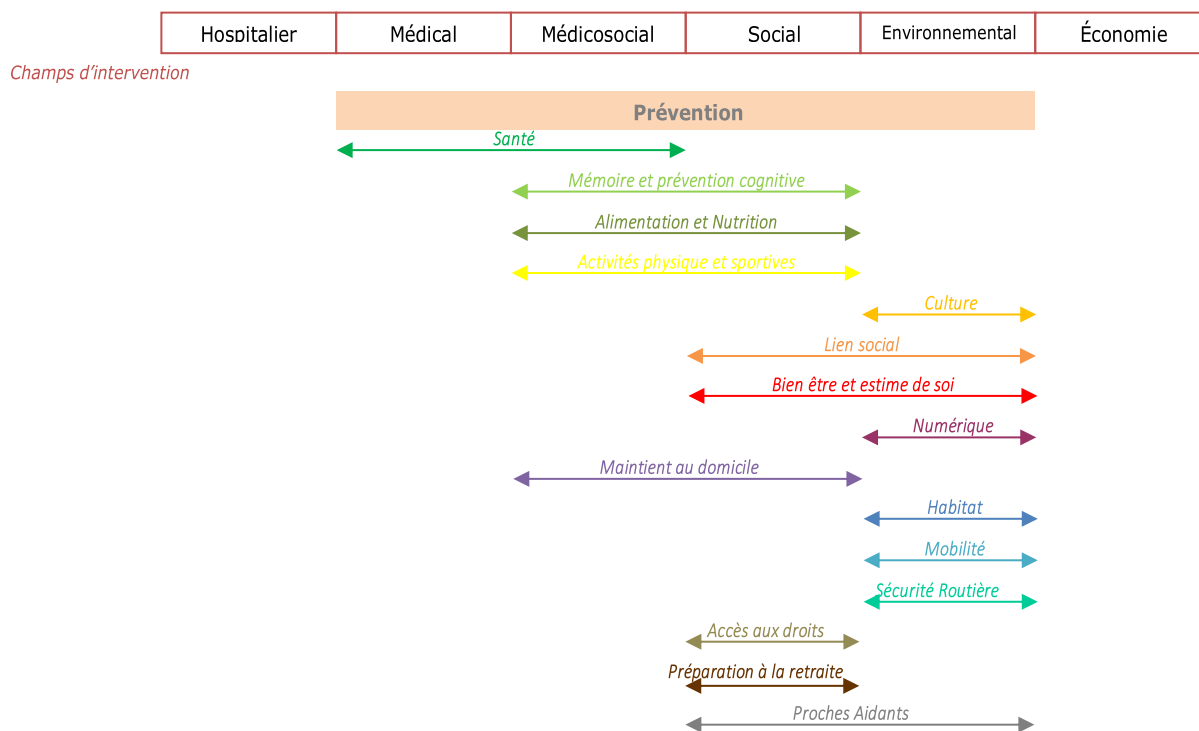


Réalisation : Juliette Michel 2019

Au-delà de spécificités territoriales, la variété des thématiques présentées illustre la diversité des domaines que recouvre la prévention. La prévention en termes de vieillissement se trouve à cheval entre les champs de l'intervention médicale, médicosociale, sociale et environnementale. Les thématiques des actions des Conférences des Financeurs rentrent chacune dans l'une ou plusieurs de ces champs d'intervention, illustrant l'objectif de décloisonnement poursuivi par la mise en place des Conférences des financeurs. La figure 51 propose un positionnement des différentes thématiques des actions financées par les Conférences des financeurs au sein des champs d'intervention de la prévention.

Ce positionnement permet d'opérer des regroupements par champs d'intervention et ainsi d'affiner le positionnement de la Conférence des financeurs en tant que dispositif de coordination de la prévention au sein des champs d'intervention de l'action gérontologique, tout en permettant d'affiner le placement des Centres Sociaux.

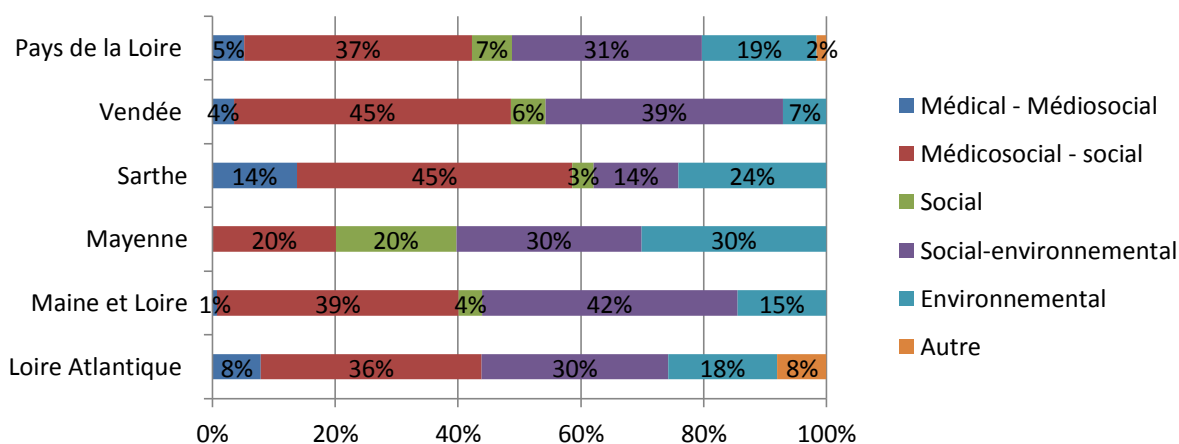
Figure 51 : Positionnement des thématiques des actions financées par les Conférences des financeurs dans les champs d'intervention de la prévention



Réalisation : Juliette Michel 2019

Le profil moyen de la région illustre que leurs interventions sont centrées sur l'intervention sociale, 75 % des actions ayant une thématique touchant à ce champ d'intervention. Cela démontre l'investissement de l'action gérontologique publique dans la prévention environnementale du vieillissement avec 50 % des actions s'inscrivant dans ce champ. Néanmoins l'intervention ne relevant que de l'intervention « environnementale » reste, au niveau régional, extrêmement peu représentée. Un regard au niveau régional permet de constater des disparités locales (voir figure 52).

Figure 52 : Répartitions des actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire par champs d'intervention



Réalisation : Juliette Michel 2019

Cela permet de revenir sur les différences constatées quant aux types de porteurs représentés au sein des Conférences des financeurs de Maine-et-Loire et de Mayenne. D'après les types de porteurs des actions financées en Mayenne, on pouvait s'attendre à ce que les actions financées reflètent une orientation plus marquée vers l'intervention médicale et médicosociale. Pourtant le nombre d'actions financées relevant de ces champs d'intervention est moins important que dans le Maine-et-Loire où la composition des porteurs semblait orienter l'action dans la tendance inverse. On ne retrouve pas le lien constaté entre le type de porteur ayant participé à l'élaboration de l'appel à initiative et la composition des porteurs financés. Il n'y aurait pas de lien entre la composition des porteurs d'actions et la définition des axes d'intervention des Conférences des financeurs.

Le fait que des porteurs positionnés dans un champ proposent des actions dont les thèmes relèvent d'un autre champ montre une évolution des propositions de ces porteurs. Dans un contexte général de diminution des moyens alloués, l'ouverture d'opportunités de financement dans un champ voisin du champ d'exercice habituel semble pousser certains acteurs à se repositionner. Cette évolution du positionnement de chacun en fonction du contexte politicopartenarial n'est donc pas symptomatique des Centres Sociaux (voir partie II chapitre 5 - 1.), mais constitue un processus commun à bon nombre d'acteurs de l'intervention gériatologique (voir III.8.2.1.2). Par exemple, sur les thématiques des 53 actions portées par des acteurs issus de l'intervention sanitaire et sociales (SSIAD, Hôpital, centre hospitalier, etc.) sur l'ensemble de la région, une seule entre dans la thématique « Santé », alors que 42 % de ces actions entrent dans les thématiques « social-environnemental ».

3.2.2. Les Centres Sociaux dans les Conférences des financeurs

Tableau 56 : Répartition des actions portées par les Centres Sociaux financées par les Conférences des financeurs par thématique

Thématiques	Nombre d'action	Fréquence
Lien social	43	40%
Mémoire et prévention cognitive	14	13%
Numérique	8	7%
Accès aux droits	7	7%
Alimentation et nutrition	7	7%
Bien être - estime de soi	7	7%
Activités physiques et sportives	6	6%
Sécurité routière	6	6%
Culture et Loisirs	4	4%
Habitat	2	2%
préparation à la retraite	2	2%
Santé	1	1%
Total général	107	100%

Réalisation Juliette Michel 2019

Sur l'ensemble de la région, les Conférences de financeurs financent, en 2018, 107 actions des Centres Sociaux (sur un total de 731). La majorité de ces actions rentrent dans le thématique « lien social », s'alignant ainsi avec l'ambition des Centres Sociaux en matière de bien-vieillir. La deuxième thématique dans laquelle s'inscrivent ces activités, mémoire et prévention cognitive, est plus surprenante (voir tableau 56). Bien que l'écart de proportion entre ces deux thématiques soit important, cela peut être compris comme un effet de ce glissement, autant plus au vu des débats internes quant à l'affichage de cette orientation santé (voir partie II chapitre 5 – 2.2.1).

À l'échelle régionale, les Centres Sociaux apparaissent alors comme des porteurs importants des thématiques « culture et Loisir », « alimentation et nutrition » et « Lien social », « sécurité routière » et « numérique » les positionnant plus clairement dans une prévention socio-environnementale (voir tableau 57). Le département présentant le plus cette dimension est la Mayenne. C'est pourtant un département dans lequel l'action des Centres Sociaux est peu présente dans la Conférence des financeurs. L'analyse par les thématiques des Conférences des Financeurs permet d'affiner le positionnement des Centres Sociaux tout en démontrant que la place qu'ils y prennent dépend plus des méthodes de diagnostic que de la nature des actions mise en place.

Tableau 57 : Part des Centres Sociaux dans les thématiques portées par les Conférences des financeurs

Thématiques	Actions portées par les Centres Sociaux	Action de la thématique	Part des Centres Sociaux
Alimentation et nutrition	7	25	28%
Culture et Loisirs	4	15	26%
Lien social	43	179	24%
Sécurité routière	6	28	21%
Numérique	8	38	21%
Mémoire et prévention cognitive	14	78	18%
Accès aux droits	7	43	16%
Bien être - estime de soi	7	53	13%
Préparation à la retraite	2	17	12%
Habitat	2	29	7%
Santé	1	18	6%
Activités physiques et sportives	6	132	5%
Autre		7	0%
Maintien au domicile		19	0%
Mobilité		24	0%
Proches Aidants		26	0%
Total général	107	731	15%

Réalisation : Juliette Michel 2019

Conclusion du chapitre 8

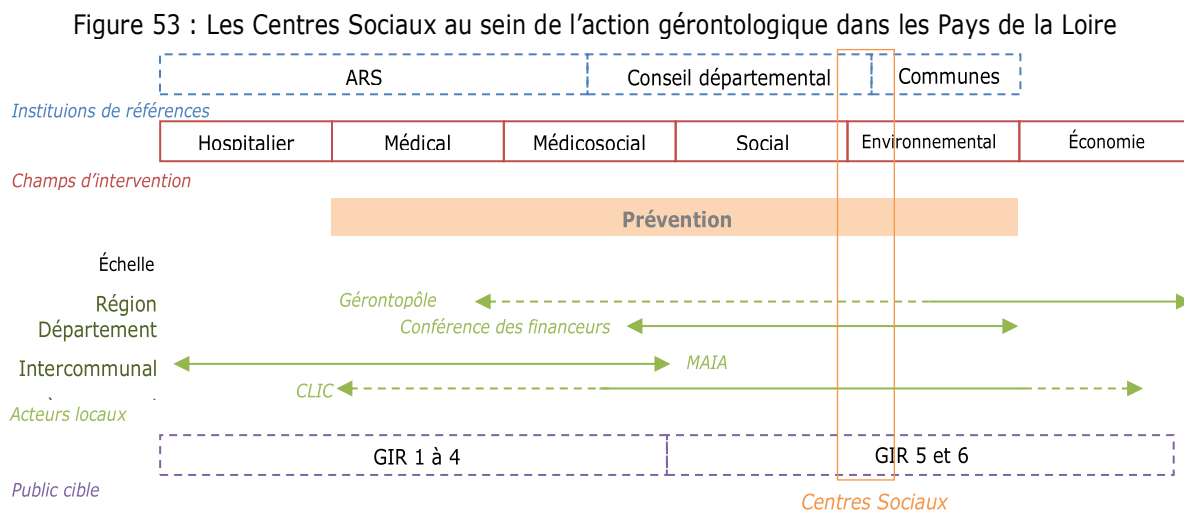
Ainsi, placer les Centres Sociaux comme acteurs gérontologiques permet non seulement de comprendre comment ils s'intègrent, ou ne s'intègrent pas au sein de systèmes d'acteurs, mais aussi de porter un regard plus large sur l'action gérontologique en général.

Celle-ci recouvre des domaines et des acteurs donc l'action est encore largement fragmentée malgré les dispositifs successifs de coordination mis en place. Ces différents dispositifs, public ou privé, répondent chacun à des objectifs, à des publics différents et s'inscrivent dans des tendances différentes de l'action gérontologique : la gériatrie (MAIA), la gérontologie (CLIC), la coordination en termes de bien-vieillir (Conférence des financeurs) et la Silver économie (Gérontopôle). Les différentes relations des Centres Sociaux avec ces coordinations permettent de les inscrire comme des acteurs du bien-vieillir, dans sa dimension de prévention, plus que comme un acteur d'une gérontologie plus globale allant de la gériatrie à la Silver économie.

Plusieurs facteurs viennent nuancer la place que pourraient prendre les Centres Sociaux comme des acteurs gérontologiques à part entière. Dans un premier temps, la faible lisibilité de leurs actions entraîne une faible visibilité de celles-ci et donc amoindrit la reconnaissance des Centres Sociaux comme acteurs de l'accompagnement du vieillissement. Dans un secteur sujet à des contraintes de temps conséquentes, où l'ingénierie sociale est finalement peu financée, la construction de cette interconnaissance en dehors de son champ d'action habituel est perçue comme chronophage et n'aboutissant que peu sur de l'action concrète. De plus, l'établissement de relations avec des acteurs intervenant dans des champs éloignés des Centres Sociaux nécessite un travail d'acculturation aux vocabulaires, normes et modes de fonctionnement de chacun. Pour les Centres Sociaux, comme pour d'autres acteurs, cela se traduit par une peur de l'instrumentalisation, de la perte de valeur et surtout, de la concurrence.

Cette situation de mise en concurrence des acteurs a des répercussions différentes suivant les types de territoires où intervient le Centre Social. Dans les territoires ruraux, le Centre Social se positionne principalement comme veilleur ou porteur d'une action publique locale (ce qui se traduit par l'accueil de différentes permanences, et a pu conduire au portage d'un CLIC). La mise en place de partenariats avec des associations locales qui, soit remettent en question la compétence des Centres Sociaux à se positionner sur certains domaines, soit craignent d'être « absorbées » est compliqué. En milieu urbain, par contre, la position des Centres Sociaux se rapproche plus d'une « diplomatie interinstitutionnelle » où les publics et les compétences de chacun vont être définis afin de, justement, ne pas ajouter de concurrence. Dans les deux configurations, c'est le rôle du Centre Social en tant qu'acteur local, encadré qui est reconnu et mis en avant et non une compétence ou un savoir-faire particulier en termes d'action gérontologique. Les Centres Sociaux occupent une position un peu périphérique dans le champ de l'action

gériantologique. Ils sont des acteurs locaux d'une prévention socio-environnementale pour des publics autonomes (voir figure 53).



Réalisation : Juliette Michel 2019

Les Centres Sociaux se démarquent comme des acteurs possibles de l'action gériantologique au sein des Conférences des financeurs. De nouveau, cette reconnaissance dépend de contextes locaux. Ceux-ci tiennent plus de la méthode choisie pour mettre en place les Conférences des financeurs dans chacun de ces départements que des thématiques ou de la pertinence de tels ou tels acteurs sur les thématiques retenues. Les Conférences des financeurs permettent de mettre en avant un phénomène de glissement dans le positionnement des acteurs, glissement qui ne se limite pas aux Centres Sociaux. La mise en place du bien-vieillir comme un nouveau cadre de l'action gériantologique ne participerait-elle pas à une uniformisation, si ce n'est des modes de fonctionnement des porteurs, du moins de leurs propositions ? Cette question de l'isomorphisme institutionnel, originellement formulé vis-à-vis des associations et des entreprises (voir partie I chapitre 2 – 3.1.2), montre que les changements de mode de proposition ne sont pas nécessairement liés à l'intégration de nouveau modèle économique, mais correspondent à des effets de contexte politico-partenarial.

Conclusion de la Partie III

La dimension territoriale des Centres Sociaux ne se traduit pas tant dans la manière dont ils s'inscrivent dans des « macros » territoires que celle dont ils créent des « micros » territoires. L'appréhension du territoire dans les Centres Sociaux est très faible. Le territoire d'agrément est peu ou pas connu et ne fait pas vraiment partie des préoccupations des professionnels. On peut par exemple s'interroger sur la manière de s'afficher dans le paysage quand on ambitionne de desservir un territoire. La méconnaissance du territoire pousse à avoir une réflexion sur la population sur lesquelles ils agissent et celle sur lesquelles ils disent agir, mettant à jour une distinction entre les usagers du Centre Social, les habitants du territoire d'agrément, les usagers-habitants et les habitants non usagers. La méconnaissance des populations ciblées conduit les Centres Sociaux à proposer des actions locales pour leurs usagers, que ceux-ci soient ou non habitants, plus que des actions territorialisées répondant aux besoins des habitants.

L'une des caractéristiques du bien-vieillir comme courant de l'action gérontologique est l'affirmation d'une logique de territorialisation de l'action. Pour Dominique Argoud (2016a), celle-ci traduit une volonté de construire une intervention à partir des territoires et non plus à partir des champs d'intervention. Pour l'auteur, la logique de territorialisation est un moyen de parvenir à une déspecialisation des approches, mais n'est-on pas plutôt dans une idée de décloisonnement ? Notre tour d'horizon du paysage de l'action gérontologique dans les Pays de la Loire souligne bien que les approches, notamment dans les coordinations, restent spécialisées. Cette spécialisation ne porte plus sur les champs d'intervention, mais sur les publics, distinguant le soin et la prévention, la dépendance et l'autonomie. Ce sont ces spécialisations qui conduisent à distinguer gériatrie, Silver économie et bien-vieillir. Le décloisonnement apparaît ensuite, au sein de l'intervention de bien-vieillir, où l'on va retrouver une grande variété d'acteurs, allant des hôpitaux aux Centres Sociaux.

Même dans ce courant, il apparaît une question de spécialités, de compétences spécifiques au vieillissement. Ce qui positionne les Centres Sociaux dans ce système d'acteur n'est pas un savoir-faire sur le public, mais un ancrage local. Est-ce que la proximité permet de compenser l'absence de savoir-faire ? La proximité, l'ancrage territorial des actions est de plus en plus mis en avant comme un critère de pertinence de celles-ci, ce que souligne le recours de plus en plus fréquent au diagnostic de territoire en amont du développement d'action ou de dispositif. La pertinence de l'action relèverait alors de son adéquation avec une réalité locale, répondant ainsi mieux aux besoins et aux enjeux locaux que ne peut le faire l'application d'un modèle descendant d'une échelle supérieure. Notre regard sur la pratique des Centres Sociaux et leurs rapports au territoire montre que, même pour des acteurs du développement social local encourageant la participation, le développement d'une action territorialisée n'est pas si évident.

Il y a une distinction importante entre la proposition d'une action locale et d'une action territorialisée et cette distinction pose également des questions de compétence. Pour les Centres Sociaux, la compétence réside dans leurs capacités à proposer des espaces appropriés et appropriables, à faire du lieu « Centre Social » un espace de sociabilité, plus que dans celles de proposer des actions spécifiques à un territoire. On peut faire une observation similaire à propos des Conférences des financeurs. Si on constate des distinctions dans les logiques de mise en place des actions au niveau départemental et quelques spécificités départementales quant à certaines thématiques, les actions financées sont finalement très génériques et ne présentent peu ou pas de lien avec les caractéristiques des territoires à une échelle plus fine que celle du département. Cette logique de territorialisation du bien-vieillir ne traduit pas une territorialisation au sens d'adaptation au territoire, mais une spatialisation pour rendre accessible ces actions au plus grand nombre.

C'est donc sur cette question de l'accessibilité que réside la plus-value du Centre Social dans ce système d'acteurs. Les Centres Sociaux sont certes accessibles à un certain type de public, autour duquel ils développent leurs actions, mais ce public leur est spécifique. Les usagers des Centres Sociaux sont le public invisible d'autres acteurs, comme les MAIA, les Carsat etc. Ce n'est pas tant que les Centres Sociaux ont « le » public que le fait d'avoir « un » public, un public de jeunes retraités autonomes actifs et non précaires qui n'était jusqu'à lors pas ciblé par l'intervention gérontologique. Cela met en avant une complémentarité possible entre les acteurs « spécialistes » et les acteurs « encastrés » qui pourraient conduire à créer des synergies locales. Néanmoins, le contexte actuel de concurrence entre les acteurs, la méconnaissance entre des acteurs « traditionnels » du vieillissement et les nouveaux acteurs du bien-vieillir et le manque de temps et de moyens accordés à la mise en place de cette interconnaissance sont des freins importants à la mise en place de ces partenariats.

Conclusion Générale

Une réflexion axée sur le bien- vieillir

La question du bien- vieillir des individus est à la fois populaire et polémique. Des campagnes de prévention ou publicitaires reposent sur cette idée d'un vieillir épanouissant, dynamique et actif. De nombreuses publications soulignent les limites de la mise en avant systématique d'un tel modèle qui, par son gérontologisme sous-jacent (Höpflinger 1995), traduit une forme d'âgisme et qui n'est pas généralisable à l'ensemble de la population. Le parti pris de cette thèse a été d'aborder néanmoins la question du bien- vieillir, dans sa diversité d'usage, sa portée politique et commerciale et les limitations soulignées par la littérature, afin de comprendre le rôle des Centres Sociaux comme acteurs du bien- vieillir dans les territoires.

Dans l'approche de la thèse, le bien- vieillir se rapproche plus des notions de bien-être que du *Successful Aging*. Il ne s'agit pas tant de réussir son vieillissement, dans un sens de performance, mais de le vivre de manière épanouissante, dans un état de bien-être se rapprochant de la santé globale. Retenir cette appréciation de la notion du bien- vieillir a été important par la suite dans la manière dont a été construit l'outillage méthodologique. En s'inscrivant dans une géographie du bien-être, développer un regard sur le bien- vieillir a poussé à sélectionner des indicateurs et des méthodes en fonction du contexte (ici les Centres Sociaux), et de la population (ici les usagers des Centres Sociaux).

L'angle choisi a été de passer par la participation sociale des aînés afin de comprendre les effets des Centres Sociaux en matière de bien- vieillir. Le choix de cette approche semblait d'autant plus pertinent que celle-ci est mise en avant par les trois perspectives que nous voulions prendre en compte :

- La perspective du chercheur, la participation sociale des aînés étant largement mise en avant dans la littérature comme contribuant à la santé.
- La perspective des acteurs puisque c'est l'un des principes sur lesquels se construit l'intervention des Centres Sociaux auprès des plus de 60 ans.
- La perspective des personnes de plus de 60 ans, la question de la participation et de l'activité apparaissant comme un axe majeur des définitions du bien- vieillir pour les usagers des Centres Sociaux.

Il est possible de conclure de cette analyse que les Centres Sociaux participent effectivement au bien- vieillir de leurs usagers. Mais des limites importantes apparaissent également. Si la compréhension du bien- vieillir choisie pour la thèse avait pour volonté de s'éloigner d'une dimension performative, ce n'est pas pour autant que l'on n'a pas retrouvé pas cette dimension dans les définitions et les pratiques observées. Cette dimension de performance, de « faire pour bien- vieillir » tend à avoir des effets contreproductifs. C'est, par exemple, le cas de la pratique d'activités sportives par certains qui traduit

plus un déni du vieillissement qu'une démarche pour vieillir en santé, ce qui va à l'inverse d'une démarche de prévention. De la même manière, si le bénévolat a des effets positifs notables, il présente également des risques de surinvestissement conduisant à une dégradation de l'état de santé.

Une autre limite de l'action des Centres Sociaux est que justement que ceux-ci n'impactent « que » leurs usagers et non les habitants. Cette distinction usagers-habitants pose la question de la prise en compte des territoires et de leurs populations. L'un des résultats de cette thèse est que les Centres Sociaux sont des acteurs locaux plus que territoriaux, de proximité plus que de territoire. En termes de préconisations pour les Centres Sociaux, cela revient à promouvoir une pratique plus exacte du diagnostic de territoire afin de développer une proposition plus à même de répondre à des problématiques locales.

Des acteurs périphériques de l'action gériatrique

S'il est probable que cela conduise à compter plus d'habitants parmi les usagers, cela ne revient pas à préconiser une ouverture des Centres Sociaux à un public de plus de 60 ans plus large. Il nous semble important de souligner ce point dans cette discussion des résultats de la thèse. Notre analyse montre les limites des Centres Sociaux dans leurs capacités à ne s'adresser qu'à leurs usagers, écartant de fait tout une partie de la population des plus 60 ans, notamment les plus âgés ou les plus précaires...

Mais n'est-ce pas ce que cherchent justement les usagers des Centres Sociaux ? Un lieu qui n'est pas spécifique à leur tranche d'âge où l'échange entre pairs est valorisé ; où l'accent est mis sur le loisir, le plaisir et l'accomplissement de soi quitte à faire abstraction de certaines réalités du vieillissement comme la sénescence et la possible perte d'autonomie ? L'idée n'est pas de dire que les Centres Sociaux ne devraient pas faire évoluer leurs pratiques pour être plus à même de prendre en compte ces réalités, notamment parce que cela permettrait un meilleur accompagnement des trajectoires de vie de leurs usagers, mais de poser la question suivante : jusqu'où l'évolution de la pratique des Centres Sociaux en termes de vieillissement doit-elle aller ?

La position des Centres Sociaux comme des acteurs périphériques du bien-vieillir n'est-elle pas ce qui fait leur plus-value ? Les apports relevés des Centres Sociaux sur le bien-vieillir relèvent justement du fait que ce sont des structures socioculturelles et non gériatriques. De plus, les ils ne sont aujourd'hui ni structurés ni en mesure d'accueillir un public de plus de 60 ans plus large, que ce soit au niveau des compétences des équipes professionnelles ou simplement d'accessibilité des locaux. La question du bien-vieillir dans les Centres Sociaux et de ses effets conduit à mettre en avant l'intérêt de ce type d'animations, pouvant bénéficier aux personnes de plus de 60 ans, sans nécessairement les cibler. Elles sont particulièrement intéressantes pour les démarches de bien-vieillir ciblant un public qui ne se reconnaît pas dans les ciblage habituels des actions sur le vieillissement. C'est par exemple ce que montrent les différences de réinscriptions dans les ateliers mémoires entre les ateliers présentés comme de la prévention et ceux présentés comme du loisir.

Entre discours et données

Cette question du ciblage et plus particulièrement de la manière dont sont nommés les actions et les secteurs par les Centres Sociaux est centrale à cette thèse. Une bonne partie de notre réflexion repose sur une analyse des discours portés par et sur les Centres Sociaux. Les débats, les confusions et les formulations différentes de ces discours viennent entraver la possibilité d'une lecture globale des Centres Sociaux, à commencer par leurs définitions et de leurs actions. Ces discours doivent se comprendre à différentes échelles et dans un contexte plus large que le seul réseau des Centres Sociaux. Pour reprendre le positionnement de TNR²⁶⁷ que nous avons choisi pour cette thèse, la capacité des Centres Sociaux à se placer dans le champ du bien-vieillir ne tient pas une qualité intrinsèque de ces structures. Il faut comprendre le bien-vieillir, comme terme, dans la manière dont il lie les Centres Sociaux à d'autres acteurs, à d'autres institutions et à d'autres paradigmes d'action, et ce simultanément à des échelles différentes.

Le bien-vieillir dans les Centres Sociaux, l'affichage du bien-vieillir dans les Centres Sociaux sont un effet de contexte, à la fois démographique et partenarial qui en font une stratégie de visibilité et de reconnaissance. Cela vient illustrer une forme d'isomorphisme institutionnel que l'on constate par le transfert de vocabulaire d'un acteur à l'autre. Cette unité de vocabulaire n'empêche pas l'existence d'une frontière entre les cultures professionnelles, d'une difficulté de compréhension, car derrière le terme, il est entendu des significations différentes. C'est ce que montrent les définitions qu'ont certains professionnels des Centres Sociaux du bien-vieillir. L'usage d'un terme endogène conduit à lui associer une signification particulière, considérée comme contraire à sa pratique. Pratique qui, on le constate, s'inscrit pourtant dans la promotion du bien-vieillir. Ce décalage entre les discours et les pratiques interroge aussi l'absence de diagnostics des Centres Sociaux sur leur environnement institutionnel et partenarial. Le manque de compréhension, de consensus en interne de ce qu'ils font en matière de bien-vieillir conduit à ne pas se poser la question des partenariats nécessaires, pertinents pour travailler la question du bien-vieillir, les formes de ces partenariats et de ce qu'ils peuvent mettre en avant comme savoir-faire. Cela renvoie à l'opposition identifiée entre le développement d'indicateur sur la pratique par rapport à la construction d'un discours sur la pratique.

Les Centres Sociaux se présentent, leurs actions et leurs publics par le discours et par l'exemple. Il ne s'agit pas de donner une vue d'ensemble, souvent opposée à la singularité des structures, mais d'illustrer différentes possibilités sans pourtant montrer en quoi elles sont représentatives de manière générale. D'une certaine manière, la narration est opposée à la donnée, le qualitatif au quantitatif quand les deux gagneraient à être mis en lien afin d'avoir une image plus claire de la réalité des Centres Sociaux. Cela conduit à des écarts importants entre ce qui est dit, ce qui est affiché et ce qu'il se fait. C'est le cas pour

²⁶⁷ Théorie non représentationnelle

l'intergénérationnel. L'ambition des Centres Sociaux de créer de l'intergénérationnel qui dépasse la mise en présence de générations différentes au cours d'une activité est réalisée, mais pas au sein des temps nommés « intergénérationnel ». La mise en avant de cette dimension pourrait se faire simplement avec la présentation des profils générationnels des structures, de la pyramide des âges montrant le caractère intrinsèquement intergénérationnel des structures. Caractéristique qui, par son absence dans les schémas gérontologiques et gériatriques, participe à la place périphérique des Centres Sociaux comme acteurs gérontologiques.

La mise en place de collecte d'informations sur les usagers, la pratique ou la mise en place d'outils généralisables se heurte à des questions de faisabilité. Celle-ci n'est pas uniquement une question technique, ou de compétences, mais une question de culture professionnelle et d'appréhension du contexte de production de ces informations. Comme pour l'usage du terme bien-vieillir, la question de l'évaluation se confronte avec l'extériorité perçue de son origine. L'évaluation est comprise comme une contrainte extérieure et non comme une ressource interne. Développer une évaluation sur les activités du Centre Social va générer une crainte de la sanction et ne sera pas envisager une opportunité.

Cette question du rapport à la donnée va avoir des répercussions sur le rapport au territoire et notamment sur la capacité des Centres Sociaux à développer une action qui soit territorialisée. Les Centres Sociaux se présentent finalement plus comme des acteurs locaux que territoriaux. C'est-à-dire qu'ils proposent une action de proximité, accessible plus que spécifique à un territoire. La question du territoire au sens d'espace approprié support d'interactions sociales ne se retrouve pas dans la dimension programmatique du diagnostic territorial. En revanche, on retrouve dans les locaux des Centres Sociaux la dimension des « *places* » anglo-saxonnes appropriées et support d'identité.

Perspectives à venir

Comme signalé dans le chapitre 3, l'approche de la thèse n'est pas un construit *a priori* mais s'est constituée au fur et à mesure de l'évolution des travaux et du terrain. Ce déplacement du regard, de la territorialité à l'habitabilité des Centres Sociaux s'est nourri de l'observation du terrain, consécutive au constat des manques des diagnostics de territoire, avant d'être le choix d'ancrage épistémologique particulier.

Cela a été rendu possible par la facilité de l'accès au terrain que permet le contexte de la thèse CIFRE et les nombreux temps d'échanges et de rencontre avec des acteurs de Centres Sociaux constitutifs de la recherche-action. Cette construction itérative de la thèse a ses limites. Le besoin de construire un panel tôt dans la démarche de recherche a conduit à exploiter une base de données, SENACS, dont la fiabilité est remise en question par le terrain, ce qui conduit à interroger la représentativité effective du panel retenu. Si les temps d'échanges et de rencontre avec un échantillon de Centres Sociaux plus large

permettent néanmoins de confirmer la cohérence des résultats, il n'en reste pas moins que c'est un biais à prendre en compte.

Aussi, l'approche de cette thèse et sa logique itérative la rend fortement dépendante de son objet. L'idée n'était pas de proposer une géographie générale des Centres Sociaux, mais une approche par l'acteur de la question du bien-vieillir et du rôle que peuvent avoir les Centres Sociaux au sein d'un système d'acteurs comme auprès de la population. Cette approche par les Centres Sociaux permet de tirer des constats plus généraux sur la territorialisation de l'action gérontologique de bien-vieillir et ses limites, les enjeux des coordinations gérontologiques et les limites de la promotion du bien-vieillir comme accessible et modélisable pour tous.

Mais cette approche par les Centres Sociaux est également une des limites de cette thèse, se concentrant par conséquent sur ces acteurs. Il y avait une volonté de départ de faire une comparaison entre des territoires présentant des Centres Sociaux et des territoires n'en présentant pas pour établir l'existence ou non d'une plus-value à ce type de structure. Mais cette volonté s'est confrontée à l'absence d'une grille de lecture générale de ce que sont et font Centres Sociaux. Le temps nécessaire à la définition de ce que proposent les Centres Sociaux en termes de bien-vieillir n'a pas permis de développer cette comparaison. Il serait intéressant, à la suite de cette thèse, d'aller plus en avant dans cette démarche notamment dans les « zones blanches » des Centres Sociaux comme dans le nord du Maine-et-Loire. Est-ce que l'on trouve des activités similaires à celles des Centres Sociaux? Par qui sont-elles portées? Ont-elles les mêmes effets, les mêmes publics? Font-elles face aux mêmes enjeux quant à leur intégration dans le système des acteurs du bien-vieillir?

Il convient de souligner que le champ de l'action bien-vieillir dans les Centres Sociaux est en constante évolution et que ces évolutions sont rapides et spécifiques à chaque région, notamment en ce qui concerne le partenariat. Comme souligné dans le chapitre 8, le positionnement comme acteurs gérontologiques proposé est celui des Centres Sociaux des Pays de la Loire. Le même regard en Rhône-Alpes, par exemple, n'aurait pas donné la même représentation ne serait-ce que par le rôle du Gérontopôle. En outre, la fédération des Centres Sociaux de Rhône-Alpes entretient avec leur Carsat un partenariat d'action qui n'est pas du tout le même que les Centres Sociaux des Pays de la Loire. Il serait donc intéressant de faire le même exercice dans différentes régions pour confirmer, au non, les spécificités régionales de l'inscription des Centres Sociaux comme acteurs du bien-vieillir.

La pratique des Centres Sociaux sur cette question du bien-vieillir évolue du fait, entre autres, de l'étude I-CARE, mais aussi de la possibilité de visibilité sur ce public qu'ouvrent les nouveaux dispositifs de l'action gérontologique (comme la Conférence des financeurs) ou le développement de nouveaux partenariats. Certaines fédérations réfléchissent à la mise en place de leurs propres outils de suivi de cette activité et de ses impacts, travaux qu'il serait intéressant de suivre.

La question du vieillissement et du bien-vieillir dans les Centres Sociaux comme par d'autres structures de la société civile pose encore de nombreuses questions. Cela peut être le cas de la prise en charge « senior-senior », c'est-à-dire l'animation d'activité, d'atelier, d'action de prévention des risques du vieillissement portés et animés par des bénévoles ayant eux-mêmes plus de 60 ans. C'est le cas pour la plupart des activités collectives des Centres Sociaux (à l'exception de l'activité sportive, majoritairement portée par des professionnels), comme dans d'autres structures associatives. Le peu de financements disponibles conduit à se tourner de plus en plus souvent vers ces modes d'animation peu coûteuses, reposant sur la bonne volonté de personnes prêtes à donner de leur temps. Cela illustre ce que la littérature anglo-saxonne qualifie de « *voluntary turn* », de tournant bénévole (Skinner et Fleuret 2011 ; Milligan et Conradson 2006). Quelle est l'implication de ce tournant dans l'évolution du modèle de protection sociale, en termes de responsabilités individuelle et collective quant à la prise en charge du vieillissement ? Comment ce tournant influe-t-il sur le bien-vieillir de ces bénévoles, au vu des effets que peut avoir cet engagement ?

Un point que nous avons mentionné rapidement et qu'il serait pourtant intéressant d'interroger plus longuement est la question du genre. En effet, le public des plus de 60 ans dans les Centres Sociaux est principalement composé de femmes. Les activités proposées par les Centres Sociaux sont extrêmement genrées (tricot, couture, patchwork, cuisine etc.). L'histoire des Centres Sociaux est une histoire féminine. Or, certains sociologues, notamment Vincent Caradec (2012), soulignent que le genre influe sur les expériences du vieillissement. Il serait donc intéressant de poursuivre cette réflexion dans les Centres Sociaux, mais également en dehors des Centres Sociaux afin de comprendre en quoi le vieillissement féminin et masculin nécessite des propositions différentes pour bien-vieillir. Cela pourrait conduire à produire une géographie du genre au sein des Centres Sociaux. On remarque par exemple que les activités les plus plébiscitées par les hommes (informatique, FabLab, jeux...) sont aussi les activités ayant lieu dans les salles les plus neutres au niveau des marqueurs d'appropriation et les plus marquées par l'activité spécifique.

Bibliographie

Ouvrages, articles et communications

- Agarwal, Gina. 2009.** « Geographies of family medicine: describing the family doctor's practice-based landscape of care ». In V.A Crooks, G.J Andrews (dir.) *Primary Health Care: People, Practice, Place*, London, Ashagate Publishing, 304 p. pp.115-130.
- Agier, Michel. 2013.** « Le Campement urbain comme hétérotopie et comme refuge. Vers un paysage mondial des espaces précaires ». *Brésil (s). Sciences humaines et sociales*, n° 3: pp.11-28.
- Alvarez, Stéphane. 2014.** « Prévention et vieillissement: l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du "bien vieillir" ». Thèse de Sociologie, Université de Grenoble.
- Amyot, Jean-Jacques. 2010.** « Les tribulations de la coordination gérontologique: des stratégies aux usagers ». *Vie sociale*, n° 1: pp. 25-42.
- Andrew, Melissa K. 2005.** « Le capital social et la santé des personnes âgées ». *Retraite et société* no 46 (3): 131-45.
- Andrew, Melissa K., Arnold B. Mitnitski et Kenneth Rockwood. 2008.** « Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people ». *PLoS one* 3 (5)
- Andrews, Gavin, Malcom Cutchin, Kevin McCracken, David Phillips et Janine Wiles. 2007.** « Geographical Gerontology: the constitution of a discipline ». *Social Science & Medecine*, n° 65: pp.151-68.
- Andrews, Gavin, Joshua Evans et Janine Wiles. 2013.** « Re-spacing and re-placing gerontology: relationality and affect ». *Aging and society* 33: 1339-73.
- Andrews, Gavin, Christine Milligan, David Phillips et Mark Skinner. 2009.** « Geographical Gerontology: Mapping a Disciplinary Intersection ». *Geography compass* 3:pp. 1641-59.
- Andrews, Tom. 2012.** « What is social constructionism? » *Grounded Theory Review* 11 (1).
- Angermuller, Johannes. 2007.** « Qu'est-ce que le poststructuralisme français? » *Langage et société* n°120 (2): pp. 17-34.
- Aquino, Jean-Pierre. 2007.** « Le plan national « Bien vieillir » ». *Retraite et société* 3 (52): 152-57
- Archambault, Edith. 1996.** *Le secteur sans but lucratif: associations et fondations en France*. Economica.
- Archambault, Edith et Jean-Michel Bloch-Lainé. 2016.** « Les associations sanitaires et sociales: quels enjeux actuels? » In R.Lafore (dir). *Refonder la solidarité. Les associations au cœur de la protection sociale*, Dunod,
- Arendt, Hannah. 1994.** « Some questions of moral philosophy ». *Social research*, pp.739-64.
- Argoud, Dominique. 1998.** *Politique de la vieillesse et décentralisation. Les Enjeux d'une mutation*. Paris. Eres. « pratiques du champs social ». 226 p.
- . **2008.** « La décentralisation de la politique vieillesse ». *Gérontologie et société*, n° 123 (décembre): pp.201-12.

- . **2016a.** « Nouveaux acteurs, nouveaux enjeux : quel avenir pour l'action sociale vieillesse ». *Vie sociale* 3 (15): pp.101-15.
- . **2016b.** « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public ». *Gérontologie et société* 38 (1): pp.25-40.
- Arnaud, Lionel. 2015.** *Idéologies et action publique territoriale: La politique change-t-elle encore les politiques?* Presses universitaires de Rennes. 253 p.
- Attias-Donfut, Claudine. 1988.** « La notion de génération : Usages sociaux et concept sociologique ». *L'Homme et la société* 90 (4): pp.36-50.
- Avlund, Kirsten, Rikke Lund, Bjørn E. Holstein et Pernille Due. 2004.** « Social relations as determinant of onset of disability in aging ». *Archives of gerontology and geriatrics* 38 (1): pp.85-99.
- Avlund, Kirsten, Rikke Lund, Bjørn E. Holstein, Pernille Due, Ritva Sakari-Rantala et Riitta-Liisa Heikkinen. 2004.** « The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline ». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 59 (1): pp.S44-S51.
- Badie, Bertrand. 1995.** *La fin des territoires.* Paris: Fayard. 276 p.
- Badou, Gérard. 1989.** *Les nouveaux vieux.* Paris, France, Le Pré aux clercs.
- Bailly, Antoine. 1981.** *La géographie du bien-être.* Espace et Liberté. Presse Universitaires de France. 239 p.
- Balard, Frédéric. 2013.** « "Bien vieillir" et "faire bonne vieillesse". Perspective anthropologique et paroles de centenaires ». *Recherches sociologiques et anthropologiques* 44 (44-1):pp. 75-95.
- Baltes, Paul B. et Margaret M. Baltes. 1990.** « Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation ». *Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences* 1 (1): 1-34.
- Bass, S., F. Caro et Y.-P. Chen. 1993.** *Achieving a productive aging society.* Auburn House. West Port.
- Bath, Peter A. et Alison Gardiner. 2005.** « Social engagement and health and social care use and medication use among older people ». *European Journal of Aging* 2 (1): pp. 56-63.
- Bathelt, Harald et Johannes Glücker. 2003.** « Toward a relational economic geography ». *Journal of economic geography* 3 (2): pp.117-44.
- Baudelle, Guy. 2006.** « La géographie sociale et la cohésion territoriale : une question d'échelles ». In R.Séchet et V.Veschambre (dir) *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale,* Rennes: Presses Universitaires de Rennes. 397p., pp. 89-98.
- Beaud, Stéphane et Florence Weber. 2003.** *Guide de l'enquête de terrain.* Vol. 1. La découverte Paris.
- Bellet, Michel et Thierry Kirat. 1998.** « La proximité, entre espace et coordination ». In M.Bellet, T.Kirat, C.Largeron (dir) *Approches multifformes de la proximité,* Hermès. 345p.
- Belley, Anne-Marie, Manon Parisien, Kareen Nour, Nathalie Bier, Guylaine Ferland, Danielle Guay, Petre Popov et Sophie Laforest. 2013.** « Perspective écologique sur les déterminants

- de la vitalité cognitive des aînés ». *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 32 (3): pp.240-249.
- Berkman, Lisa F. 1995.** « The Role of Social Relation in Health promotion ». *Psychosomatic Medecine* 57: pp. 245-54.
- Berkman, Lisa F., Glass, Thomas, Brissette, Ian et Seeman, Teresa e. 2000.** « From social integration to health : Durkheim in the new millennium ». *Social Science & Medecine* 51: pp. 843-57.
- Bernoux, Jean-François. 2002.** *Mettre en œuvre le développement social territorial: méthodologie, outils, pratiques*. Dunod.
- Besnier, Jean-Michel. 2005.** *Les théories de la connaissance*. Presses universitaires de France.
- Besse, Laurent. 2002.** « Centres Sociaux et logiques politiques (1959/1981) ». pp.24-32. Les Centres Sociaux entre politique familiale et politique urbaine. à Lyon.
- Billaud, Solène et Baptiste Brossard. 2014.** « L'« expérience » du vieillissement ». *Geneses* n° 95 (2): pp.71-94.
- Billé, Michel et Didier Martz. 2010.** *La Tyrannie du « bien vieillir »*. Clair et net. Le bord de l'eau.
- Binstock, Robert H. et Stephen G. Post. 1991.** *Too old for health care? Controversies in medicine, law, economics, and ethics*. The Johns Hopkins University Press.
- Bioteau, Emmanuel, Sébastien Fleuret et Pascal Glémain. 2015.** « L'ESS en région Pays de la Loire - que nous apprennent les dynamiques territoriales à l'œuvre ? », pp.17-25.
- Blanchard, Nathalie. 2004.** « Du réseau à la coordination gérontologique: un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial? » *Retraite et société*, n° 3: pp.165-186.
- Blanchet, Mickaël. 2011.** « Politiques de la vieillesse dans la région Pays de la Loire ».Thèse de Géographie. Angers: Université d'Angers.395p.
- . **2016.** « Regards croisés d'acteurs gérontologiques territorialisés sur la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) ». *Annales de géographie* N° 708 (2): pp. 170-92.
- . **2017.** *Atlas des seniors et grand âge en France - 100 cartes et graphiques pour analyser et comprendre*. Presses de l'EHESP.
- . **2018.** « Gérontocroissance et territoires : quel potentiel pour la silver économie? » *Population Avenir* n° 739 (4): pp.4-7.
- Blanchet, Mickaël, Christian Pihet et Pierre-Marie Chapon. 2017.** « Vieillesse et territoires : cadres théoriques et enjeux empiriques ». *Retraite et société* 76: pp.21-41.
- Blazer, Dan G. 1982.** « Social support and mortality in an elderly community population ». *American journal of epidemiology* 115 (5): pp.684-694.
- Blum, Françoise. 2002.** « Regards sur les mutations du travail social au XXe siècle ». *Le Mouvement Social* no 199 (2): pp.83-94.
- Bioteau, Emmanuel et Jérôme Prugneau. 2015.** « Centres Sociaux et intercommunalités enjeux territoriaux de l'intervention sociale et vécu des acteurs dans les espaces ruraux ». In E.Bioteau

- et K.Féniès-Dupont (dir) *Le Développement solidaire des territoires*, Rennes. Presses Universitaires de Rennes. 220p, pp. 173-88.
- Bouju, Isabelle. 1997.** « Les mouvements d'Action Catholique en France : de l'évangélisation à l'engagement social ». *Norois* 174 (1): pp. 275-92.
- Bourdieu, Pierre. 1980.** « Le capital social ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 31(1): pp.2-3.
- Bourret, E. M., L. G. Bernick, C. A. Cott et P. C. Kontos. 2002.** « The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities ». *Journal of Advanced Nursing* 37 (4): pp.338-345.
- Bresson, Maryse. 2002.** *Les Centres Sociaux. Entre expertise et militantisme*. L'Harmattan. 322 p.
- Burgess, E.W. 1958.** « Preface ». In *The Social Issues*.
- Butler, Robert. 1969.** « Age-ism : Another form of bigotry ». *The Gerontologist* 4 (9): pp.243-46.
- Cadman, Louisa. 2009.** « Nonrepresentational Theory/nonrepresentational geographies ». In R.Kitchin et N.Thrift (dir) *International Encyclopedia of human geography*, 1^{re} éd., Oxford: Elsevier. 8250 p., pp. 456-63.
- Caradec, Vincent. 2007.** « L'épreuve du grand âge ». *Retraite et société*, n° 3: pp.11-37.
- . **2008.** *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 2nd edition. Armand Colin. 127 p.
- . **2012a.** « L'expérience sociale du vieillissement ». *Idées économiques et sociales*, n° 157 (novembre): pp.38-45.
- . **2012b.** « Vieillir après la retraite, une expérience genrée. Les apports d'une recherche sur le veuvage ». *SociologieS*, novembre.
- Céfaï, Daniel. 2009.** « Les cadres de l'action collective, définitions et problème ». In D.Céfaï et D.Trom (dir) *Les formes de l'action publique, mobilisation dans les arènes publiques, raisons pratiques*, 86-97.
- Cerdeira, Virginie et Solène Rivoal. 2015.** « Foucault, l'espace, les lieux et la géographie. Virginie Cerdeira et Solène Rivoal ». *Jeunes Chercheurs TELEMME*.
- Chapman, Sherry Ann. 2005.** « Theorizing about aging well : constructing a narrative. » *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* 24 (1):pp. 9-18.
- Chauvel, Louis. 2014.** « Préface à l'édition « quadrige » ». *Quadrige*, n° 1 (juin): pp.13-62.
- Chauvière, Michel. 2009.** « Qu'est-ce que la « chalandisation » ? » *Informations sociales*, n° 152 (mars): pp.128-34.
- Claude, Viviane. 2006.** « De « l'ensemble » à la ville : flottements des années 1960 et puissance de « l'extra-territorialité » ». *Histoire urbaine*, n° 17: pp.27-45.
- Claval, Paul. 2015.** « Le tourment culturel en géographie. Pourquoi ? » *Géographie et cultures*, n° 93-94 (avril): pp.7-23.
- Clément, Serge et Jean Mantovani. 1999.** « Les déprises en fin de parcours de vie: Les toutes dernières années de la vie. » *Gerontologie et société*, n° 90: pp.95-108.

- Coleman, James S. 1988.** « Social capital in the creation of human capital ». *American journal of sociology* 94:pp. S95-S120.
- Coleman, Peter, John Bond et Sheila Peace. 1993.** « Aging in the twentieth century ». *Aging and society*, pp.1-18.
- Collinet, Cécile et Matthieu Delalandre. 2014.** « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement ». *L'Année sociologique* 64 (2): 445-467.
- Collins, Damian, Sébastien Fleuret, Robert Huish et Anne-Cécile Hoyer. 2011.** « Regards croisés sur les géographies de la santé anglophone et francophone ». In A.C.Hoyez et S.Fleuret (dir) *Santé et géographie - Nouveaux regard*, Paris: Economica. 302p., pp. 73-100.
- Colls, Rachel. 2012.** « Feminism, bodily difference and non-representational geographies ». *Transactions of the Institute of British Geographers* 37 (3):pp. 430-45.
- Colombani, Henri. 1996.** « Les Centres Sociaux ... aujourd'hui et demain ? » In R.Durand (dir) *Histoire des Centres Sociaux - du voisinage à la citoyenneté*, 231-54. Alternative sociale. Paris: Syros.
- Conradson, David et Graham Moon. 2009.** « On the street: primary health care for difficult to reach populations ». In *Primary Health Care: People, Practice, Place*, 237-257. Ashgate Publishing Ltd Surrey.
- Crépin, Christine et Thomas Le Jeannic. 2000.** « L'implantation des Centres Sociaux sur le territoire ». *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 59: pp.73-91.
- Crignon-De Oliveira, Claire. 2012.** « Qu'est-ce que « bien vieillir » ? » *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 4 (novembre): pp.177-91.
- Crooks, Valorie A. et Gavin J. Andrews. 2009.** « Community, Equity, Access: Core Geographic Concepts in Primary Health Care ». *Primary Health Care Research & Development* 10 (3): pp.270-73.
- Cumming, Elaine et William Earl Henry. 1961.** *Growing old, the process of disengagement*. Basic Books.
- Cummins, Steven, Sarah Curtis et Ana Diez-Roux. 2007.** « Understanding and representing "place" in health research : a relational approach ». *Social science & medicine* 65 (9):pp.1825-38.
- Curtis, Sarah, Wil Gesler, Kathy Fabian, Susan Francis et Stefan Priebe. 2007.** « Therapeutic landscapes in hospital design: a qualitative assessment by staff and service users of the design of a new mental health inpatient unit ». *Environment and Planning C: Government and Policy* 25 (4): pp.591-610.
- Cusset, François. 2013.** *French Theory: Foucault, Derrida, Deleuze et Cie et les mutations de la vie intellectuelle aux États-Unis*. La Découverte. 367p.
- Cutchin, Malcom. 2007.** « From society to self (and back) through place: Habit in transactional context ». *OTJR: Occupation, Participation and Health* 27 (1): pp.50-59.
- Denieuil, Pierre-Noël. 2008.** « Développement social, local et territoriale : repères thématiques et bibliographiques sur le cas français ». *Mondes en développement* 2 (142): pp.113-30.
- Dessertine, Dominique, Robert Durand, Jacques Eloy, Mathias Gardet, Yannick Marec et Françoise Tétard. 2004.** *Les Centres Sociaux 1880-1980 - Une résolution locale de la question sociale ?* Presses universitaires du Septentrion. 288p.

- Dubost, Jean et André Lévy. 2016.** « Recherche-action et intervention ». In J.Barus-Michel, E.Enriquez et A.Lévy (dir) *Vocabulaire de psychosociologie. références et position*. Toulouse: ERES. 592p.
- Dumont, Gérard-François. 2009.** « les disparités géographiques du vieillissement en France ». *Inter régions*, n° 285: pp.34-35.
- Duprat, Catherine. 1991.** « Le temps des philanthropes : la philanthropie parisienne des lumières à la monarchie de Juillet, pensée et action ». Thèse d'Histoire, Paris: Paris 1.
- Durand, Robert. 1996.** *Histoire des Centres Sociaux - du voisinage à la citoyenneté*. Alternatives sociales. La Découverte.
- Duroselle, Jean-Baptiste. 1951.** *Les débuts du catholicisme social en France (1822-1870)*. Vol. 4. Paris: Presse Universitaires de France. 787p.
- Dyck, Isabel, Pia Kontos et Jan Angus. 2005.** « The home as a site for long term care : meaning and management of bodies and spaces ». *Health & Place* 11 (2): pp.173-85.
- Eggleton, Kyle, Robin Kearns et Pat Neuwelt. 2017.** « Being patient, being vulnerable: exploring experiences of general practice waiting rooms through elicited drawings ». *Social & Cultural Geography* 18 (7): pp.971-93.
- Ehrenberg, Alain. 1998.** *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob. 414p.
- Eloy, Jacques. 2012.** « Les Maisons sociales et le Résidences sociales ou le développement collectif par les reconnaissances mutuelles ». *Vie sociale*, n° 2: pp.53-66.
- . **2015.** « L'apport du socioculturel à la cohésion sociale au regard de la longue histoire des Centres Sociaux ». *Informations sociales* 4 (190): 37-45.
- Eme, Bernard. 2005.** « Gouvernance territoriale et mouvements d'économie sociale et solidaire ». *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*, n° 296: pp.42-55.
- Emin, Sandrine et Dominique Sagot-Duvaouroux. 2016.** « L'émergence de dynamiques coopératives : l'exemple d'un réseau d'entreprises créatives co-localisées. Une approche par l'économie des proximités ». *Géographie, économie, société* Vol. 18 (4): pp.525-50.
- Engelbach, Bastien, Jean-Pierre Jaslin et Pierre Vanlerenberghe. 2016.** « L'avenir des modèles socio-économiques des associations ». La Fonda. 2016.
- Enjolras, Bernard. 1996.** « Associations et isomorphisme institutionnel ». *Revue des études coopératives mutualistes et associatives* 261: pp.68-76.
- Ennuyer, Bernard. 2007.** « Quelques réflexions critiques à propos du développement des services à la personne. » *Documents Cleirppa*.
- Entrikin, J-Nicholas. 2003.** « Lieu ». In *Dictionnaire de la géographie et de l'espaces des sociétés*, 1-5. Paris: Belin.
- Feillet, Raymonde et Charles Roncin. 2006.** *D'une quête de bien-être à la prise de risque dans les pratiques sportives*. ERES.
- . **2013.** *Souci du corps, sport et vieillissement*. Eres. 176p.

- Finlay, Jessica, Thea Franke, Heather McKay et Joanie Sims-Gould. 2015.** « Therapeutic landscapes and wellbeing in later life: Impacts of blue and green spaces for older adults ». *Health & Place* 34 (juillet): pp.97-106
- Fleuret, Sébastien et Sarah Atkinson. 2007.** « Wellbeing, Health and Geography: A Critical Review and Research Agenda ». *New Zealand Geographer* 63 (2): pp.106-18
- Fleuret, Sébastien et Anne-Cécile Hoyer. 2011.** *Santé et géographie; Nouveaux regards*. Paris: Economica Antropos. 302p.
- Fleuret, Sébastien et Juliette Michel. 2019** « B comme Bien-être ». In S.Fleuret, C.Gasquet-Blanchard, A-C.Hoyez (dir) *Abécédaire de géographie de la Santé – Dimension territoriale de la Santé*. Paris : Editions Matériologiques : pp.11-22
- Fleuret, Sébastien et Raymonde Séchet. 2002.** *La santé, les soins, les territoires – Penser le bien-être*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes. 236p.
- Foli, Olivia et Marlène Dulaurans. 2013.** « Tenir le cap épistémologique en thèse Cifre. Ajustements nécessaires et connaissances produites en contexte ». *Études de communication. Langages, information, médiations*, n° 40 (juin): pp.59-76.
- Foucault, Michel. 2004.** « « Des espaces autres » ». *Empan* no54 (2): pp.12-19.
- Fournier, Jean-marc. 2007.** « Géographie sociale et territoire, de la confusion sémantique à l'utilité sociale ? » *ESO travaux et documents*, pp.29-35.
- Fourquet, François et Lion Murard. 1976.** *Les équipements du pouvoir*. UGE 10-18. UGE: Recherches.
- Franck, Robert. 1999.** « La pluralité des disciplines, l'unité du savoir et les connaissances ordinaires ». *Sociologie et sociétés* 31 (1): pp.129-42.
- Fratiglioni, Laura, Hui-Xin Wang, Kjerstin Ericsson, Margaret Maytan et Bengt Winblad. 2000.** « Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: A Community-Based Longitudinal Study ». *The Lancet* 355 (9212): pp.1315-19.
- Frémont, Armand. 1999.** *La région, espace vécu*. 1^{re} éd. Paris: Flammarion.
- Frémont, Armand, J. Chevalier, R. Herin et J. Renard. 1984.** *Géographie sociale*. Masson, 387p.
- Gaglio, Gérald. 2008.** « En quoi une thèse CIFRE en sociologie forme au métier de sociologue? Une hypothèse pour ouvrir le débat ». *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 3 (janvier).
- Gagnebin, Laurent. 2006.** « Le christianisme social ». *Evangile et liberté*, n° 197 (mars).
- Galand, Shani. 2019 – à paraître.** « Quand les Centres Sociaux accompagnent le vieillissement : enjeux et effets des réponses contemporaines d'un vieillir en santé ». Thèse de Sociologie, Nantes: université de Nantes.
- Galand, Shani et Juliette Michel. 2019.** « Entre appropriation, émancipation et co-construction : les enjeux d'une recherche collaborative TWIN CIFRE ». Présentation orale présenté à Faire avec et pour : quelle posture dans la recherche en action? Du terrain à l'épistémologie, Reims, avril.
- Gangbè, Marcellin et Francine Ducharme. 2006.** « Le "bien vieillir": concepts et modèles. » *M/S: medecine science* 22 (3): pp.297-300.

- Gasper, Des. 1997.** « Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic ». *JID* 9 (2): pp.281-302.
- Gesler, Wilbert M. 1992.** « Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography ». *Social science & medicine* 34 (7): pp.735-746.
- . **1993.** « Therapeutic Landscapes: Theory and a Case Study of Epidauros, Greece ». *Environment and Planning D: Society and Space* 11 (2): pp.171-89.
- Gillespie, Rosemary. 2002.** « Architecture and power: a family planning clinic as a case study ». *Health & Place* 8 (3): pp.211-20.
- Gilson, Martha. 2014.** « De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIIe siècle à nos jours ». *Revue d'histoire de la protection sociale* N° 7 (1): pp.172-75.
- Golant, S.M. 1972.** « The residential location and spatial behavior of the elderly : a Canadian example ». *Research paper university of chicago, department*, n° 143.
- Granados, D., A. Lefranc, R. Reiter, I. Grémy et A. Spira. 2005.** « Les «Années de vie ajustées sur l'incapacité»: un outil d'aide à la définition des priorités de santé publique? » *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 53 (2): pp.111-125.
- Grand, Alain. 2016.** « Du rapport Laroque à la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France ». *Vie sociale* 3 (15): pp.13-25.
- Greenfield, Emily A. et Nadine F. Marks. 2004.** « Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being ». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 59 (5): pp.S258-S264.
- Gucher, Catherine, Elsa Guillaud, Annie Mollier et Dominique Mansanti. 2015.** *Retraite et vieillissement : intervention publique et action sociale*. Dunod. 256p.
- Guérette, Marie-Josée, Vincent Caradec, Howard Bergman, Yves Joannette et François Blanchard. 2006.** « « La vieillesse, c'est le déclin, on n'y peut rien » ». *Santé, Société et Solidarité* 5 (1): pp.23-31.
- Guérin-Pace, France et Yves Guermont. 2006.** « Identité et rapport au territoire ». *L'Espace géographique* 35 (4): pp.289-90.
- Guillemard, Anne-Marie. 1972.** *La retraite : une mort sociale : sociologie des conduites en situation de retraite*. Mouton. 304p.
- . **1986.** *Le déclin du social*. Vol. 51. Paris: Presse Universitaires de France.
- . **1988.** « État et politique sociale. Le cas de la politique française de la vieillesse ». *Les cahiers de la recherche sur le travail social* 15 (88): pp.115-136.
- . **2002.** « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire ». *Gerontologie et société* 25 / n° 102 (3): pp.53-66.
- . **2005.** « Politiques publiques et cultures de l'âge ». *Politix*, n° 72: pp.79-98.
- . **2013.** « Le vieillissement actif : enjeux, obstacles, limites ». *Retraite et société*, n° 65 (septembre): pp.17-38.

- Guillemard, Anne-marie et Jean-Philippe Viriot-Durandal. 2015.** « Age, citoyenneté et politique du vieillissement ». In J.P.Viriot-Durandal et M.Charpentier (dir) *Droit de vieillir et citoyenneté des aînés - Pour une perspective internationale*, Problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'Université du Québec. 404p., pp.13-30.
- Gumuchian, Hervé, Eric Grasset, Romain Lajarge et Emmanuel Roux. 2003.** *Les acteurs, ces oubliés du territoire*. Anthropos. Paris: Economica.
- Hallier-Nader, Brigitte. 2011.** « Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ». Thèse de Géographie, Paris: Université Paris-Est. 458p.
- Hamel, Jacques. 2005.** « Sociologie et interdisciplinarité, un mariage de raison ? » *A contrario* 3 (1): pp.107-15.
- Hanlon, Neil, Mark W. Skinner, Alun E. Joseph, Laura Ryser et Greg Halseth. 2014.** « Place integration through efforts to support healthy aging in resource frontier communities: The role of voluntary sector leadership ». *Health & place* 29: pp.132-139.
- Harper, Sarah et Glenda Laws. 1995.** « Rethinking the geography of aging ». *Progress in Human Geography* 19 (2): pp.199-221
- Havighurst, Robert J. 1963.** « Successful Aging ». *Processes of aging : Social and psychological perspectives* 1: pp.299-320.
- Hays, Judith C. 2002.** « Living arrangements and health status in later life: A review of recent literature ». *Public Health Nursing* 19 (2): pp.136-151.
- Héber-Suffrin, Claire. 2016.** *Apprendre par la réciprocité: réinventer ensemble les démarches pédagogiques*. Chronique sociale,.
- Helliwell, John F. et Robert D. Putnam. 2004.** « The social context of well-being ». *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences* 359 (1449): pp.1435-1446.
- Henrard, Jean Claude. 1996.** *Systèmes et politiques de santé*. Ecole des hautes études en santé publique.
- Henrard, Jean Claude et Joël Ankri. 1999.** *Grand âge et santé publique*. Rennes: Editions de l'Ecole nationale de la Santé Publique. 455p.
- . 2003.** *Vieillesse et santé publique : Grand âge*. Editions de l'Ecole nationale de la Santé Publique. 277p.
- Hockey, Jenny, Carol Komaromy et Kate Woodthorpe. 2010.** *The matter of death: Space, place and materiality*. Springer.
- Hockey, Jenny, Bridget Penhale et David Sibley. 2001.** « Landscapes of loss: spaces of memory, times of bereavement ». *Aging & Society* 21 (6): pp.739-757.
- Holmes, Ellen Rhoads et Lowell D. Holmes. 1995.** *Other Cultures, Elder Years*. SAGE Publications.
- Höpflinger, F. 1995.** « From Ageism to Gerontology? Emerging Images of Aging in Gerontology ». In *Images of Aging in Western societies*, 91-98. Université de Genève: Centre interfacultaire de Gérontologie.
- Hopkins, Peter et Rachel Pain. 2007.** « Geographies of Age: Thinking Relationally ». *Area* 39 (3):pp. 287-94.

- Horton, J et P Kraftl. 2008.** « Reflections on geographies of age: A response to Hopkins and Pain ». *Area* 40 (2): pp.284-88.
- Hoyez, Anne-Cécile, Damian Collins, et Sébastien Fleuret. 2016.** « Parallel worlds? French and anglophone perspectives on health geography ». *Social Science & Medicine* n°165: pp.196-200.
- Hudson, Robert B. et Judith G. Gonyea. 2012.** « Baby boomers and the shifting political construction of old age ». *The Gerontologist*.
- Hummel, Cornelia. 2002.** « Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires, research models grappling with side-effects ». *Gérontologie et société* 25 / n° 102 (3): pp.41-52.
- . 2005. « La Portée sociale de la théorie du vieillissement réussi - Un problème de retour à la responsabilité individuelle ». In J.F Guillaume (dir) *Aventurier solitaires en quêtes d'utopie : les formes contemporaines de l'engagement*, Editions de l'ULG. 211p., pp.51-60.
- Jacob, Jane et Catherine Nash. 2003.** « Too little, too much: cultural feminist geographies. » *Gender, Place and Culture: A Journal of Feminist Geography* 10 (3): pp.265-79.
- Jones, Martin. 2009.** « Phase space: geography, relational thinking, and beyond ». *Progress in Human Geography* 33 (4): pp.487-506.
- Jousseaume, Valérie. 1996.** « Les bourgs-centres à l'ombre d'une métropole : l'exemple de la Loire-Atlantique ». Thèse de géographie, Nantes : Université de Nantes
- Kearns, R.A et G.J Andrews. 2005.** « Placing aging: Positionings in the study of older people. » In G.J.Andrews et D.R.Philips (dir) *Aging and place: Perspectives, policy practice*. Routledge.
- Kearns, Robin et Damian Collins. 2010.** « Health geography ».In T.Brown, S.McLafferty, G.Moon (dir) *A companion to health and medical geography*, pp.15-32.
- Kearns, Robin et Patricia Neuwelt. 2009.** « Within and Beyond Clinics: Primary Health Care and Community Participation ». V.A Crooks, G.J Andrews (dir.) *Primary Health Care: People, Practice, Place*, London, Ashgate Publishing, 304 p.
- Kearns, Robins et Graham Moon. 2002.** « From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. » *Progress in Human Geography* 26 (5): 605-25.
- Keating, Norah. 2008.** *Rural Aging : A good place to grow old ?* Bristol: Policy Press.
- Kerschen, Nicole. 1995.** « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale de 1945 ». *Revue française de science politique* 45 (4): 570-95.
- Klinenberg, Eric. 2015.** *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*. University of Chicago Press.
- Koebel, Michel. 2010.** « L'intégration par le sport : une croyance durable ». *Empan* n° 79 (3): 28-39.
- Kontos, P.C. 2005.** « Multidisciplinary configurations in gerontology ». In *Aging and place: Perspectives, policy practice*, Routledge, 471-79. Londres.
- Lamy, Marlène. 2013.** « Les systèmes de retraite dans l'Union Européenne. Évolution de la structure des populations et financement des retraites ». *Espace populations sociétés. Space populations societies*, n° 2013/3 (décembre): pp.163-73.

- Lanoix, Carole. 2014.** « Notes, Notation, Narration : Le carnet de terrain comme "carto-ethnographie" ». *Belgeo. Revue belge de géographie*, n° 2.
- Lardon, Sylvie et Vincent Piveteau. 2005.** « Méthodologie de diagnostic pour le projet de territoire : une approche par les modèles spatiaux ». *Géocarrefour* 80 (vol. 80/2): pp.75-90.
- Lardon, Sylvie, Vincent Piveteau et Laurent Lelli. 2005.** « Le diagnostic des territoires ». *Géocarrefour* 80 (2): pp.71-74.
- Lazzarotti, Olivier. 2015.** « L'« habiter », sur un plateau ». *Annales de Géographie* 124 (704): pp.335-37.
- Le Bossé, Yann. 2003.** « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment ». *Nouvelles pratiques sociales* 16 (2): pp.30-51.
- Le Lannou, Maurice. 1949.** *La géographie humaine*. Flammarion. 249p.
- Lefebvre, Henri. 1974.** « La production de l'espace ». *L'Homme et la société* 31 (1): pp.15-32.
- Lenoir, Rémi. 1979.** « L'invention du "troisième âge": constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 26 (1): pp.57-82.
- Lévy, J et M Lussault. 2003.** *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Belin.
- Lévy, Jacques. 2002.** « Sur les conditions d'habitabilité de l'espace / The necessary conditions for the habitability of space ». *Annales de Géographie* 111 (626): pp.395-405.
- Livingstone, David N. 1995.** « The spaces of knowledge: contributions towards a historical geography of science ». *Environment and planning D: society and space* 13 (1): pp.5-34.
- Maier, Heiner et Petra L. Klumb. 2005.** « Social participation and survival at older ages: is the effect driven by activity content or context? » *European Journal of Aging* 2 (1): pp.31-39.
- Manheim, K. 1990.** « Le problème des générations, Paris, Nathan, coll ». *Essais et Recherches*, (Première éd. 1928).
- Margier, Antonin. 2014.** « De l'appropriation à l'habiter. Réflexions pour une théorie du chez-soi ». *Margenes* 11 (décembre).
- Marshal, Thomas H. 1964.** *Class, citizenship and social development*. New York.
- Martineau, Aurélien et Mathilde Plard. 2018.** « Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du Successful Aging. Revue de littérature sur les conditions de vieillissement des migrants âgés en France ». *Cybergeo : European Journal of Geography*, mai.
- Maslow, Abraham. 1954.** *Motivation and personality*. New York: Harper. 411p.
- Masse, Marie et Christian Swine. 2015.** « La santé fonctionnelle des aînés est-elle influencée par la structure et le fonctionnement de leur réseau social: étude exploratoire ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement* 13 (2): pp.215-224.
- Méda, Dominique. 2002.** « Le capital social : un point de vue critique ». *L'Économie politique* no 14 (2): pp.36-47.
- Meidani, Anastasia et Stefano Cavalli. 2018.** « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise ». *Gérontologie et société* 40 (155): pp.9-23.

- Mendes de Leon, Carlos F., Thomas A. Glass et Lisa F. Berkman. 2003.** « Social Engagement and Disability in a Community Population of Older Adults The New Haven EPESE ». *American Journal of Epidemiology* 157 (7): pp.633-42.
- Milligan, Christine et David Conradson. 2006.** « Contemporary landscapes of welfare: the 'voluntary turn' ». *Landscapes of voluntarism: New spaces of health, welfare and governance* 1: 14.
- Milligan, Christine, Anthony Gatrell et Amanda Bingley. 2004.** « 'Cultivating health': therapeutic landscapes and older people in northern England ». *Social Science & Medicine* 58 (9): pp.1781-93.
- Milligan, Christine et Janine Wiles. 2010.** « Landscapes of care ». *Progress in Human Geography* 34 (6): pp.736-754.
- Moine, Alexandre. 2006.** « Le territoire comme un système complexe: un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie ». *L'Espace géographique* 35 (2): pp.115-32.
- Molinier, Jean. 1977.** « L'évolution de la population agricole du XVIIIe siècle à nos jours ». *Economie et Statistique* 91 (1): pp.79-84.
- Monnet, Éric. 2007.** « La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme ». *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n° 12 (mai): pp.103-20.
- Morrow-Howell, Nancy, Jim Hinterlong, Philip A. Rozario et Fengyan Tang. 2003.** « Effects of volunteering on the well-being of older adults ». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58 (3): pp.S137-S145.
- Morval, Jean. 2006.** « L'appropriation et la désappropriation de l'espace chez la personne âgée ». *Brunel P., Attias-Donfut C., Levy J. & Morval J. Penser l'espace pour dire la vieillesse, Paris: PUF.*
- Nader, Brigitte. 2013.** « « Bien vieillir » sous l'approche de la géographie de la santé ». *Pollution atmosphérique*, n° N°219.
- Namian, Dahlia et Carolyne Grimard. 2016.** « Reconnaître les « zones grises » de l'observation : du trouble à la vigilance ethnographique ». *Espaces et sociétés* n° 164-165 (1): pp.19-32.
- Nussbaum, Martha. 2000.** « Women's capabilities and social justice ». *Journal of Human Development* 1 (2): pp.219-47.
- Palier, Bruno. 2005.** *Gouverner la sécurité sociale: Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945.* Presses Universitaires de France. 502p.
- Pascal, Henri. 2012.** « L'École normale sociale : de l'action collective à l'intervention sociale collective ». *Vie sociale*, n° 2: pp.129-46.
- Pecqueur, Bernard et Jean Benoît Zimmermann. 2004.** « Les fondements d'une économie de proximités ». *Economie de proximités, Paris, Editions Lavoisier*, pp.13-41.
- Pénicaud, Manoël. 2011.** « L'«hétérotopie» des Sept Dormants en Bretagne ». *Archives de sciences sociales des religions*, n° 155: pp.131-148.
- Perrot, Pascal. 2008.** « Les impasses de la contractualisation du financement public ». *Revue internationale de l'économie sociale : recma*, n° 309: pp.27-46.
- Picheral, Henri. 1976.** « Espace et santé : géographie médicale du midi de la France ». Doctorat ès lettres d'Etat, Montpellier: Université Paul Valéry.

- Pihet, Christian et Jean-Pierre Thouez. 2007.** « Le vieillissement et les populations âgées ». In J.P. Thouez et S.Fleuret (dir) *Géographie de la santé - un panorama*, Economica. pp.179-94.
- Plard, Mathilde. 2012.** « Vieillesse et care dans les familles transnationales indiennes - expériences de vie de brahmanes à Chennai et Coimbatore ». Thèse de géographie, Angers: Université d'Angers. 321p.
- Poujol, Geneviève. 2004.** « Les œuvres protestantes, des Centres Sociaux avant la lettre ». In *Les Centres Sociaux (1880-1980). Une résolution locale de la question sociale?* Lille: Presses du Septentrion.
- . **2005.** « Éducation populaire : une histoire française ». *Hermes, La Revue* n° 42 (2): 126-30.
- Puget, Julien. 2015.** « Une brève histoire d'un tournant spatial dans les études historiques ». *Jeunes Chercheurs TELEMME*.
- Puijalon, Bernadette et Jacqueline Trincaz. 2014.** « L'injonction normative au "Bien vieillir" ». In C.Hummel, I.Mallon et V.Caradec (dir) *Vieillesse et vieillissements, regards sociologiques*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes.408p., pp.61-72.
- Puissant, Emmanuelle. 2012.** « Les aides à domicile ». *Savoir/Agir* n° 21 (3): pp.39-46.
- Putnam, Robert D. 2000.** « Bowling alone: America's declining social capital ». In *Culture and politics*, 223-234. Springer.
- « Qu'est-ce que le « spatial turn » ? Table ronde avec Jean-Marc Besse (CNRS), Pascal Clerc (université de Lyon 2), Marie-Claire Robic (CNRS) organisée par Wolf Feuerhahn et Olivier Orain ». 2017. *Revue d'histoire des sciences humaines*, n° 30 (avril): 207-38.
- Rallet, Alain et André Torre. 2004.** « Proximité et localisation ». *Économie rurale* 280 (1): pp.25-41.
- Raymond, Emilie, Andrée Seigny, Mélanie Levasseur, Mariana Coimbra Ferrira de Almeida et Miguel Villaverde Cabral. 2009.** « Participation sociale des aînés - entre définition, actions et pouvoirs ». In J.P Viriot Durandal et M.Charpentier (dir) *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés - pour une perspective internationale*, Problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'Université du Québec. pp.207-22.
- Rengot, Numa. 2015.** « La Silver Économie : un nouveau modèle économique en plein essor ». *Geoeconomie* N° 76 (4): pp.43-54.
- Rican, Stéphane, et Zoé Vaillant. 2009.** « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé ». *Sciences sociales et sante* Vol. 27 (1): pp.33-42.
- Ricci, Giovanni. 1983.** « Naissance Du Pauvre Honteux : Entre l'histoire Des Idées et l'histoire Sociale ». *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 38 (1): pp.158-77.
- Ricoeur, Paul. 1990.** *Soi même et un autre*. Paris: Seuil. 448p.
- Rieucou, Jean et Jérôme Lageiste. 2008.** « La plage, un territoire singulier: entre hétérotopie et antimonde ». *Géographie et cultures*, n° 67: pp.3-6.
- Ripoll, Fabrice. 2006.** « Du "rôle de l'espace" aux théories de "l'acteur" (aller-retour). : La géographie à l'épreuve des mouvements sociaux ». In R.Séchet et V.Veschambre (dir) *Penser et faire la*

géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale, Rennes: Presses Universitaires de Rennes. 397p., pp.193-210

- Rosenmayr, L. 1984.** « Dix points sur la gérontologie sociale de demain ou à la recherche d'une "liberté" sur le tard ». *Sociologie et société* 16 (2): pp.29-36.
- Rowe, John W. et Robert L. Kahn. 1997.** « Successful Aging ». *The Gerontologist* 37 (4): pp.433-40.
- Rowles, G.D. 1978.** *Prisoners of space? Exploring the geographical experiences of older people.* Boulder, Colorado: Westview Press.
- Rowles, G.D et J.F Watkins. 2003.** « History, Habit, Heart and hearth : on making spaces into places ». In K.Warner Schaie, H.Werner-Wahl, H.Mollenkopf et F.Oswald (dir) *Aging independently, living arrangements and mobility.* Springer Publishing Company.
- Rupp, Antoinette et Roger-Henri Guerrand. 1978.** *Brève histoire du service social 1896-1976.* Privat
- Schwanen, Tim, Irene Hardill et Susan Lucas. 2012.** « Spatialities of aging : the co-construction and co-evolution of old age and space ». *Geoforum* 43:pp.1291-95.
- Schyns, P. 1998.** « Crossnational differences in happiness : economic and cultural factor explored ? » *Social Indicators Research*, n° 43: pp.3-26.
- Séchet, Raymonde et Vincent Veschambre. 2006.** « Penser et faire la géographie sociale. introduction ». In R.Séchet et V.Veschambre (dir) *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes. 397p., pp.7-24.
- Seeman, Teresa E., George A. Kaplan, Lisa Knudsen, Richard Cohen et Jack Guralnik. 1987.** « social network ties and mortality among the elderly in the alameda county study ». *American Journal of Epidemiology* 126 (4): pp.714-23.
- Shenk, Dena, Kazumi Kuwahara et Diane Zablotsky. 2004.** « Older women's attachments to their home and possessions ». *Journal of Aging Studies* 18 (2): pp.157-169.
- Skinner, Mark, Denise Cloutier et Gavin Andrews. 2014.** « Geographies of aging: Progress and possibilities after two decades of change ». *Progress in Human Geography*, pp.1-24.
- Skinner, Mark et Sébastien Fleuret. 2011.** « Health geography's voluntary turn : a view from western France ». *Health & Place* 17: pp.33-41.
- Soja, Edward W. 1989.** *Postmodern geographies: The reassertion of space in critical social theory.* Verso. 228p.
- Strobel, Pierre. 1993.** « L'utilisateur, le client et le citoyen : quels rôles dans la modernisation du service public ? » *Revue des politiques sociales et familiales* 32 (1): pp.31-44.
- Swenson, Melinda m. 1998.** « The meaning of home to Five elderly women ». *Health care for women International* 19: pp.381-93.
- Talbot, Damien. 2010.** « La dimension politique dans l'approche de la proximité ». *Géographie, économie, société* 12 (2): pp.125-144.
- Taulelle, François. 2010.** « La France des villes petites et moyennes ». In L.Cailly et M.Vanier (dir) *La France : une géographie urbaine*, Armand Colin. 368p., pp.138-54

- Terestchenko, Michel. 2010.** « Amartya Sen, Martha Nussbaum et l'idée de justice ». *Revue du MAUSS permanente*.
- Thery, H., Madeleine Garrigou Lagrange et M.P Porte. 1966.** *Equiper et animer la vie sociale*. Institut Culture et Promotion. Editions du Centurion.
- Thévenot, Laurent et Luc Boltanski. 1991.** « De la justification. Les économies de la grandeur ». *P.*: Gallimard.
- Thomas, Philippe. 2006.** « L'engagement social prévient les manifestations démentielles ». *La Revue de Gériatrie* 31 (9): 1.
- Thouez, Jean-Pierre. 2001.** *Territoire et vieillissement*. 1^{re} éd. Médecine et société. Presses Universitaires de France. 128p.
- Thrift, N. 1997.** « The still point: resistance, expressiveness, embodiment and dance ». In M.Keith (dir) *Geographies of resistance*, Londres: Routledge. 330p., pp.24-51.
- . **2007.** *Non-representational theory: space, politics, affect*. Londres: Sage.
- Tibbitts, Clark. 1963.** « La gérontologie sociale, ses origines, sa portée, ses tendances ». *Revue internationale des sciences sociales* XV (3): pp.353-70.
- Tolia-Kelly, Divya P. 2006.** « Affect-an ethnocentric encounter? Exploring the "universalist" imperative of emotial/affectual geographies ». *Area* 38 (2): pp.213-17.
- Touré, K., M. Coumé, N. Ndiaye, M. Zunzunegui, T. Bacher, A. Tal, L. Gueye, F. Sene-diouf, M. Ndiaye et D. Gallo. 2009.** « Facteurs de risque de démence dans une population de personnes âgées sénégalaises ». *African Journal of Neurological Sciences* 28 (1).
- Townsend, Peter. 1981.** « The structured dependency of the elderly : a creation of social policy in the twentieth century ». *Aging and society* 1 (01): pp.5-28.
- . **1986.** « Ageism and social policy ». In *Aging and social policy*. Londres: Gower.
- Trillard, André. 2012.** « Penser les mesures de prévention en faveur du « bien vieillir » ». *Gérontologie et société* HS n° 1 (5): pp.19-25.
- Trincaz, Jacqueline et Bernadette Puijalon. 2004.** « Les injonctions paradoxales : de la difficulté d'être vieux : Vieillir en France ». *Lendemains* 29 (116): pp.78-92.
- Trouvé, Hélène, Yves Couturier, Olivier Saint-Jean et Dominique Somme. 2010.** « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? » *Géographie, économie, société* Vol. 12 (1): pp.31-52.
- Vaillant, Zoé, Stéphane Rican, Audrey Bochaton, Marianne Viot, Aude Salamon, Laurent El Ghozi, Philippe Basse, Jean-Marie Chali, et Candy Jangal. 2016.** « Appréhender les constructions socio-territoriales des inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein à Gonesse (Val d'Oise): diagnostic territorial et aide à la décision. » In M.Calvez (dir) *Santé et territoires : des soins de proximité aux risques environnementaux*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, pp.105-128
- Van den Hoonaard, Deborah K. 2009.** « Experiences of living alone: Widows' and widowers' perspectives ». *Housing Studies* 24 (6): pp.737-753.

- Van Willigen, Marieke. 2000.** « Differential benefits of volunteering across the life course ». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 55 (5): pp.S308-S318.
- Vanier, Martin. 2015.** *Demain les territoires: capitalisme réticulaire et espace politique*. Hermann. 216p.
- Vermeersch, Stéphanie. 2004.** « Entre individualisation et participation : l'engagement associatif bénévole ». *Revue française de sociologie* Vol. 45 (4): pp.681-710.
- Vidal, Dominique. 1999.** « Catégorisations, territoires et individu : quelle place pour le pauvre ? ». *Cultures & Conflits*, n° 35 (septembre).
- Viellard-Baron, Hervé. 2006.** « Le terrain et la proximité en question ». In R.Séchet et V.Veschambre (dir) *Penser et faire la géographie sociale. Contributions à une épistémologie de la géographie sociale*,. Rennes: Presses Universitaires de Rennes. 397p., pp.133-48.
- Wahrendorf, Morten, Olaf von dem Knesebeck et Johannes Siegrist. 2006.** « Social productivity and well-being of older people: Baseline results from the SHARE study ». *European Journal of Aging* 3 (2): pp.67-73.
- Walker, Alan. 1980.** « The social creation of poverty and dependancy in old age. » *Journal of Social Policy* 9 (01): pp.49-75.
- . **2015.** « Vieillissement actif, citoyenneté et inclusion ». In J.P Viriot Durandal et M.Charpentier (dir) *Droits de vieillir et citoyenneté des aînés - pour une perceptivie internationale*, Problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'Université du Québec. pp.245-67.
- Warnes, A. 1982.** « Geographical perspective on the elderly ».
- . **1990.** « Geographical questions in gerontology : needed direction for research ». *Progress in Human Geography* 14: pp.24-56.
- Wiles, J.L. 2005.** « Conceptualising place in the care of older people : the contributions of geographical gerontology ». *International journal of older people nursing* 14.
- Wilkins, Kathryn. 2003.** « Soutien social et mortalité chez les personnes âgées ». *Rapports sur la santé* 14 (3).
- Williams, Allison. 1998.** « Therapeutic landscapes in holistic medicine ». *Social Science & Medicine* 46 (9): pp.1193-1203.
- Young, Frank W. et Nina Glasgow. 1998.** « Voluntary social participation and health ». *Research on Aging* 20 (3): pp.339-362.
- Zeneidi-Henry, Djemila. 2013.** « "Ce n'est pas nous qui sommes à la rue, c'est la rue qui est à nous." Pour une autre lecture de l'espace à partir des modes d'appropriation des espaces publics par les sans domicile fixe ». In I.Garat, R.Séchet et D.Zeneidi (dir) *Espaces en transactions*, Géographie sociale. Rennes: Presses universitaires de Rennes. pp.269-78.
- Zunzunegui, Maria-Victoria, Beatriz E. Alvarado, Teodoro Del Ser et Angel Otero. 2003.** « Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults ». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58 (2): pp.S93-S100

Rapports, documents et revues professionnelles

Actualités sociales hebdomadaires. 2016. « La Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement ». *Actualités sociales hebdomadaires*, 18 mars 2016.

Archambault, Edith, Jérôme Accardo et Brahim Laouisset. 2011. « Connaissance des associations : Rapport remis au Conseil national de l'Information Statistique (Cnis) ». n°122, conseil national de l'information statistique.

Arnion, Jean Marie et Juliette Maze. 1952. « Rapport sur les Centres Sociaux Français ». Rapport en demande du conseil économique et social des Nations unies. Ministère de la Population.

Bassot, Marie. Jeanne et Marie Dièmer. 1927. « Les Centres Sociaux ». Congrès du redressement Français: FCSF.

Blanc, Paul. 2006. « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge ». Rapport remis à BAS P., Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, personnes handicapées et la famille. Paris: Sénat.

CAF. 2010. « Guide méthodologique Centres Sociaux - élaboration du projet social ». Caf.

— — —. s. d. « Le projet social ».

Centre Lavallois d'éducation populaire. 2015. « Projet de centre social 2015-2018 ».

Centre social de l'Allée verte. 2012. « Projet social 2012-2015 ».

Centre social Horizon. 2017. « Projet de centre social et socioculturel Horizon 2017-2020 ».

Céroux, Benoît et Christine Crépin. 2013. « Avant-Propos ». In *Les Centres Sociaux, entre participation et cohésion sociale*, 7-14. Dossier d'étude CNAF 160. Paris.

Commission Européenne. 2010. « 2012, Année européenne du vieillissement actif ». Commission européenne. 2010.

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de la Vendée. 2018. « Programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention 2018 ». Département de la Vendée.

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Maine et Loire. 2017. « Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées - Recensement, structuration et animation des actions collectives ». Département du Maine et Loire.

Cortéséro, Regis. 2013. « Les Centres Sociaux, entre participation et cohésion sociale ». dossier n°160. CAF.

Cour des comptes. 2005. « Rapport au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés ». Cour des comptes.

Dahlgren, Göran et Margaret Whitehead. 1991. « Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe ». Institute for Futures Studies.

De Gourlet, Apolline. 1904. « Colonies sociales. La résidence Laïque dans les quartiers populaires ». *L'Action Populaire*, n° 37.

- Denieuil, Pierre-Noël et Houda Laroussi. 2005.** « Le développement social local - Origines et filiations - tome 1 ». 69. CNAF.
- Département de la Mayenne. 2018.** « Diagnostic programme coordonné de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ». Département de la Mayenne.
- Département de la Sarthe. 2018.** « Bien-vieillir en Sarthe - la prévention pour votre bien-être ».
- Département du Maine et Loire. 2018.** « Activités de prévention de la perte d'autonomie - Maine-et-Loire (49) ». Département du Maine et Loire- Anjou. 2018.
- Dessertine, Dominique. 2002.** « Introduction des rencontres ». Les Centres Sociaux entre politique familiale et politique urbaine. à Lyon.
- Engelbach, Bastien, Jean-Pierre Jaslin et Pierre Vanlerenberghe. 2016.** « L'avenir des modèles socio-économiques des associations ». La Fonda. 2016.
- Espace Grain de Sel. 2016.** « Projet social Agir ensemble ».
- FCSF. 1964.** « Centres Sociaux ». 73.
- . **2000.** « Charte des Centres Sociaux et socioculturels de France ». 2000.
- . **2007.** « Histoire des Centres Sociaux ». Paris: Fédération des Centres Sociaux et sociaux culturels de France.
- . **2014.** « La fabrique des possible - Projet fédéral 2014- 2022 ». Paris: Fédération des Centres Sociaux et sociaux culturels de France.
- . **2017b.** « Séminaire des cadres fédéraux - utilité sociale et Centres Sociaux - Enjeux, méthodes et perspectives pour le réseau ». Paris: Fédération des Centres Sociaux et socioculturels de France.
- . **2018.** « La vieillesse, une ressource pour la société. » Paris: Fédération des Centres Sociaux et socioculturels de France.
- Galand, Shani, Béatrice Blanchard et Juliette Michel. 2018.** « De l'activité de loisir au loisir participatif ». *Les Essentiels Amis des Aînés*, n° 7: 10-12.
- Galand, Shani et Juliette Michel. 2016.** « Construire une typologie de Centres Sociaux – Projet I-CARE ». Projet I-CARE. 2016.
- . **2017.** « Etudier les centres par les projets sociaux et les fichiers adhérents - lecture croisée et analyse statistique ». Nantes: Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire.
- Haut Comité Consultatif de la population et de la famille. 1962.** « Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque ». La Documentation Française. Paris.
- INESSS. 2015.** « Fiche outil - test de l'horloge ». Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Laboratoire Espaces et Sociétés. 2017.** « Projet scientifique (2017-2021) ». Angers: UMR 6590 ESO.
- Ladoucette, Olivier de. 2011.** *Bien-être et santé mentale: des atouts indispensables pour bien vieillir.* Ministère du travaux, de l'emploi et de la santé, 38p.

Maguin, Paul. 2004. « Une Histoire des Centres Sociaux de France ». Paris: Fédération des Centres Sociaux et socioculturels de France.

OCDE. 1998. « Maintaining Prosperity in an Aging Society : the OCDE study on the policy implication of aging ». OCDE.

Œuvre sociale de Popincourt. 1903. « Assemblée Générale du 23 janvier 1903 ». Imprimerie J.Meersch.

Raymond, Emilie, Andrée Sévigny, André Tourigny, Lucie Bonin, Alexis Guilbert-Couture et Labico Diallo. 2015. « Intervention évaluées visant la participation sociale des aînés - Fiches synthèses et outil d'accompagnement ». Gouvernement du Québec.

SENACS. 2014. « Les Centres Sociaux - Analyse 2014 sur les données 2012 ». Paris: Système d'échange national des Centres Sociaux.

----. **2017a.** « Observatoire des Centres Sociaux - plaquette nationale, sur les données de l'enquête 2016 ». Système d'échange national des Centres Sociaux.

----. **2017b.** « Observatoire des Centres Sociaux - plaquette régionale Pays de la Loire - 2017 sur les données de 2016 ». Système d'échange national des Centres Sociaux.

----. **2018a.** « Observatoire des Centres Sociaux et espaces de vie sociale - 2018 sur les données de 2017 ». Système d'échange national des Centres Sociaux.

----. **2018b.** « Observatoire des Centres Sociaux et espaces de vie sociale - plaquette régionale Pays de la Loire - 2018 sur les données de 2017 ». Système d'échange national des Centres Sociaux.

UNCAF. 1958. « Revue de l'Uncaf ». CAF. UNCAF.

Union régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire. 2015. « I-CARE: Impact des actions des Centres Sociaux sur l'avancée en âge et la perte d'autonomies par la recherche - projet de recherche académique transdisciplinaire ». Nantes.

Circulaires et Lois

Circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraites et personnes âgées.

Direction nationale de l'action sociale. 1995. *Circulaire n°56 relative aux relations entre les Caisses d'allocations familiales, les Centres Sociaux et leurs partenaires.*

Direction des politiques familiale et sociale. 2012. *Circulaire°2012-013 relative à l'animation de la vie sociale.*

Direction nationale de l'action sociale. 2011. *Circulaire CNAV n°2011-34 relative aux modalités financières des CARSAT pour le soutien des Centres Sociaux dans le cadre des actions de prévention en direction des retraités fragilisés.*

Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat *loi Defferre*. s. d. Consulté le 19 avril 2019.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. 2001.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002. 2002-2.

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. s. d. Consulté le 22 avril 2019.

Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. 2005. 2005-841.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009. 2009-879.

Loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire. 2014. 2014-856.

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015. 2015-1776.

Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. 1961. *Circulaire du 30 Janvier 1961 relatives aux Centres Sociaux.*

Sitographie et bases de données

ARS Ile de France. 2018. « Rôles et missions de l'ARS Ile-de-France | Agence régionale de santé Ile-de-France ». Agence régionale de la Santé Ile -de-France. 2018.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/roles-et-missions-de-lars-ile-de-france>.

« **Base des unités urbaines | Insee** ». s. d. Consulté le 6 mai 2019.
<https://www.insee.fr/fr/information/2115018>.

« **Bien vieillir en Anjou - Maine-et-Loire (49)** ». s. d. Consulté le 29 avril 2019. <https://www.maine-et-loire.fr/senior/>

Briquet, Jean-Louis. 2017. « Notables et processus de notabilisation dans la France des XIXe et XXe siècles ». Politika. 2017. /fr/notice/notables-processus-notabilisation-france-xixe-xxe-siecles.

Cap Retraite. 2016. « CLIC : les différentes missions ». Cap Retraite. 2016.
<https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/structures-d-information/le-clic/>.

Centre socio-culturel de l'Allée verte. 2019. « Fiche d'adhésion au centre socio-culturel de l'Allée verte 2019-2020 ». http://alleepverte.centres-sociaux.fr/files/2019/06/Fiche_adh_2019-2020.pdf.

« **Centres Sociaux et partenaires s'associer face aux enjeux du vieillissement – Retour sur la journée Grand-Ouest – Projet I-CARE** ». 2019. janvier 2019. <http://i-care.centres-sociaux.fr/2019/01/11/centres-sociaux-et-partenaires-sassocier-face-aux-enjeux-du-vieillissement-retour-sur-la-journee-grand-ouest/>.

CNAV. s. d. « Minimum vieillesse et ASI | Statistiques, recherches et prospective de la Cnav ». Consulté le 2 septembre 2019. <https://www.statistiques-recherches.cnav.fr/le-minimum-vieillesse.html>.

CNSA. 2015. « MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ». 2015.
<https://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

Département de Loire-Atlantique. 2018. « Découvrez les projets ». Conférence des financeurs-prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en Loire-Atlantique. 2018.
<https://agirseniors.loire-atlantique.fr/discover>.

- « **Développer des formation répondant aux enjeux du vieillissement** ». s. d. Gérontopôle - Réseau d'acteurs du bien vieillir en Pays de la Loire. Consulté le 2 juillet 2019. <http://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/domaines-d-intervention/formation>.
- DREAL des Pays de la Loire. 2016.** « Un vieillissement de la population ». Prefecture de la région Pays de la Loire. 7 mars 2016. <http://www.profil-environnemental.dreal-pays-de-la-loire.developpement-durable.gouv.fr/un-vieillissement-de-la-population-a16.html>.
- « **Espace – Géococonfluences** ». s. d. Terme. Consulté le 1 mai 2019. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/espace>.
- « **Etat des lieux des CLIC – ANCLIC** ». 2017. avril 2017. <https://anclic.fr/etat-des-lieux-des-clic/>.
- FCSF. 2017a.** « Notre réseau ». Fédération des Centres Sociaux et socioculturels de France. 2017. <http://www.centres-sociaux.fr/reseau-federal/>.
- . **2019.** « Formations 2019, inscriptions en ligne ». *Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France* (blog). 12 février 2019. <http://www.centres-sociaux.fr/2019/02/12/formations-2019-inscriptions-en-ligne/>.
- Fédération des Centres Sociaux de l'Ain. 2014.** « Qu'est-ce qu'un centre social ou espace de vie sociale? » Fédération des Centres Sociaux de l'Ain. 8 janvier 2014. <http://ain.centres-sociaux.fr/les-centres-sociaux/quest-ce-quun-centre-social/>.
- Fédération des Centres Sociaux de Loire-Atlantique. 2017.** « Centres Sociaux : une identité (ré)affirmée collectivement ». Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire. novembre 2017. <http://paysdelaloire.centres-sociaux.fr/2017/11/27/centres-sociaux-une-identite-reaffirmee-collectivement/>.
- Fédération Léo Lagrange. s. d.** « Nos valeurs ». Fédération Léo Lagrange. Consulté le 9 avril 2019. <https://www.leolagrange.org/qui-sommes-nous/nos-valeurs/>.
- FINESS. 2016.** « Consulter la base : Recherche par thème ». 2016. <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/rechercheSimple.jsp?coche=ok>.
- Gérontopôle des Pays de la Loire. 2018.** « Réseau d'acteurs du bien vieillir en Pays de la Loire ». 2018. <http://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/>.
- « **GIP - Groupement d'intérêt public** ». s. d. Le portail des ministères économiques et financiers. Consulté le 22 avril 2019. <https://www.economie.gouv.fr/daj/gip>.
- I-CARE. 2016.** « Historique – Projet I-CARE ». 2016. <http://i-care.centres-sociaux.fr/historique/>.
- INED. 2017.** « Espérance de vie ». Ined - Institut national d'études démographiques. 2017. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>.
- « **INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé?** » s. d. Consulté le 23 avril 2019. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>.
- INSEE. 2012.** « Recensement général de la population ». 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-evol-struct-pop-2013.
- . **2015.** « Base permanente des équipements ». 2015. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=fd-bpe15&page=fichiers_detail/bpe15/telechargement.htm.

- . **2016a.** « Définition - Bassin de vie | Insee ». 2016. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060>.
- . **2016b.** « Définition - IRIS | Insee ». 2016. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1523>.
- . **2017.** « Base permanente des équipements ». 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3568608?sommaire=3568656>.
- . **2018.** « Une croissance de population concentrée à l'ouest et un fort vieillissement ». INSEE. 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3569851>.
- IRDES. 2016.** « Population par tranche d'âge et sexe ». Institut de recherche et documentation en Economie de la santé. <https://www.data.gouv.fr/fr/organizations/irdes-ecosante-fr-institut-de-recherche-et-documentation-en-economie-de-la-sante/>.
- La Banque Mondiale. 2019.** « Population rural (% de la population totale) ». La Banque Mondiale. 2019. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=FR>.
- « **Le Guide du Bien Vieillir - Réponses-bien-Vieillir.fr** ». s. d. Reponses-Bien-Vieillir.fr. Consulté le 25 avril 2019. <https://www.reponses-bien-vieillir.fr/>.
- « **Les Centres Sociaux témoignent! – Projet I-CARE** ». **2018.** 2018. <http://i-care.centres-sociaux.fr/2019/01/11/les-centres-sociaux-temoignent/>.
- Les Francas. s. d.** « Notre identité, Notre histoire ». Les Francas, l'éducation en mouvement. Consulté le 9 avril 2019. <http://www.francas.asso.fr/>.
- « **Les JPAG 2016, premiers souvenirs** ». **2016.** *Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France* (blog). 29 novembre 2016. <http://www.centres-sociaux.fr/2016/11/29/les-jpag-2016-premiers-souvenirs/>.
- Mémoires vives. 2013.** « Marie Gahery ». *Mémoires vives* (blog). 15 avril 2013. <http://memoiresvives.centres-sociaux.fr/marie-gahery/>.
- « **Middle age** ». s. d. In *Oxford English Dictionary*. Consulté le 17 avril 2019. https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/middle_age.
- Ministère de la cohésion des territoires. 2015.** « Atlas des périmètres des Quartiers Prioritaires (QP) ». 2015. <https://sig.ville.gouv.fr/atlas/QP/>.
- Ministère de l'espace rural et de l'aménagement du territoire. s. d.** « Les trois France rurales par cantons ». Consulté le 29 novembre 2018. http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/France_rurale.pdf.
- Moduloo.net. s. d.** « PRÉSENTATION ». La Semaine Bleue. Consulté le 23 février 2017. <https://semaine-bleue.org/-PRESENTATION->.
- Nezosi, Gilles. 2016.** « Comment la France se situe-t-elle entre le modèle bismarckien et le modèle beveridgien? » Text. Vie Publique. 29 février 2016. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/comment-france-situe-t-elle-entre-modele-bismarckien-modele-beveridgien.html>.
- OMS. 1946.** « La définition de la Santé de l'OMS ». 1946. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.

----. **1986.** « Charte d'Ottawa ».

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

Pour bien vieillir. s. d. « Aves PEPS Eurêka, ma mémoire est en pleine forme ». Consulté le 22 mai 2019. <https://www.msa.fr/lfy/documents/11566/35233620/D%C3%A9pliant+-+Peps+Eureka.pdf>.

Pourbienvieillir.fr. s. d. « Pourbienvieillir.fr ». Consulté le 4 octobre 2016. <http://www.pourbienvieillir.fr/>.

Recherches et Solidarités. 2018. « Les essentiels de la vie associative ». associations.gouv.fr. 2018. <https://www.associations.gouv.fr/essentiels.html>.

Secrétariat pour les affaires régionales. 2017. « Les zones de revitalisation rurale (ZRR) en 2017 ». 2017. <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/pays-de-la-loire/Region-et-institutions/Portrait-de-la-region/Cartes/Les-zones-de-revitalisation-rurale-ZRR-en-2017>.

SENACS. 2016a. « Données de l'enquête SENACS 2016 ».

----. **2016b.** « Liste des Centres Sociaux ». 2016. <http://www.senacs.fr/structure/csx>.

« **Settlements and Neighborhood Centers** ». **2014.** Social Welfare History Project. 17 septembre 2014. <https://socialwelfare.library.vcu.edu/settlement-houses/settlements-neighborhood-centers/>.

Université Nice Sophia Antipolis. 2011. « Essentiel méthodologique : Le diagnostic territorial ». L'analyse des espaces public. Les Places. 2011. [../essentiel-methodologique-le-diagnostic-territorial](http://www.unice.fr/essentiel-methodologique-le-diagnostic-territorial).

Annexes

Table des annexes

Annexe 1 : La typologie des Centres Sociaux	402
Annexe 2 : contrat d'engagement	438
Condition d'engagement	438
Contrat d'engagement	439
Annexe 3 : Auto-questionnaire Santé- bien-être	440
Annexe 4 : Organisation du suivi de la recherche I-CARE	444
Annexe 5 : Auto-questionnaire JPAG	445
Annexe 6 : Grille d'observation générale	446
Annexe 7 : Entretiens Biographiques	447
Annexe 8 : Enquête usagers	450
Annexe 9 : Cartes de répartition des usagers des Centres Sociaux.	452

Annexe 1 : La typologie des Centres Sociaux

Construire une typologie de centres sociaux et socioculturels

ANALYSE EN COMPOSANTE MULTIPLE & CLASSIFICATION
HIERARCHIQUE ASCENDANTE



Juliette MICHEL & Shani GALAND

UNION REGIONALE DES CENTRES SOCIAUX DES PAYS DE LA LOIRE | LABORATOIRES ESO & CENS

Introduction :

Le Centre social et socio-culturel (CSX) entend être un foyer d'initiatives porté par des habitants associés appuyés par des professionnels, capables de définir et de mettre en œuvre un projet de développement social pour l'ensemble de la population d'un territoire (« Charte des centres sociaux et socioculturels de France » 2010). Ainsi ils offrent, en proximité, accueil, animation, activités et services. Si par leur forme de gouvernance les CSX sont habitués à associer des personnes qui vieillissent à leurs projets. L'évolution démographique de leurs territoires les confronte de plus en plus à la question sociale du vieillissement.

Le document qui suit présente la première phase exploratoire de ce projet. Au total, on compte 140 CSX sur la région Pays de la Loire. Tous ont des modes de fonctionnements, des activités et des populations qui leurs sont propres. Il est bien évident que l'on ne peut prétendre à la réalisation d'une analyse exhaustive de chacune de ces structures. C'est pourquoi on se propose de mener une analyse permettant d'identifier des caractéristiques pour construire une typologie afin de pouvoir effectuer notre étude et tenter de formuler des conclusions généralisables à l'ensemble des CSX des Pays de la Loire. Dans une population aussi variée que celle des CSX, une telle méthodologie a pour but de se défaire des particularités de l'individu (un csx) afin de comprendre les dynamiques majeures de notre population (les CSX pays de la Loire). L'enjeu est donc de produire un panel de centres sociaux représentatifs par leurs actions et/ou par les caractéristiques de leur territoire.

L'analyse générale présente deux volets dissociant les caractéristiques territoriales des caractéristiques des centres sociaux. Cela devrait permettre d'extraire les centres sociaux de leur contexte territorial et de ne considérer dans un premier temps que leurs caractéristiques structurales. La définition d'un centre social montre bien que la dimension locale, l'inscription dans un territoire est cruciale. Néanmoins, il nous semble important de procéder dans un premier temps à cette "déterritorialisation" de façon à obtenir les caractéristiques des structures qui nous intéressent. Pour conserver l'intégralité des spécificités de chaque centre, la dimension territoriale est analysée de son côté. L'objectif ici est bien de construire une analyse simultanée des différentes variables qui caractérisent les CSX et leurs territoires d'implantations.

Le traitement statistique multivarié peut se faire par différentes méthodes. Les plus couramment utilisées sont : l'analyse en composante principale (ACP), l'analyse en correspondances multiples (ACM) et la classification ascendante hiérarchique (CAH) (Blin et Bord ; 1993). La spécificité de nos données, mêlant variables quantitatives et qualitatives nous contraint à effectuer une ACM qui permet l'analyse de tableau *individus X variables* avec des variables catégorielles (Tenenhaus ; 1996). Il sera donc nécessaire de procéder à une conversion des variables quantitatives en catégorielles. Les résultats de ces analyses sont ensuite traités en CAH dont l'objectif est de répartir les individus en classes en se basant sur les similitudes progressives des profils (Blin et Bord ; 1993). Ces analyses sont réalisées via le logiciel gratuit de data mining destiné à l'enseignement et à la recherche TANAGRA (Ricco Rakotomalala ; 2005)

Ce document est divisé en grandes parties. Dans un premier temps on retrace l'ensemble les étapes nécessaires à la construction d'une typologie des centres sociaux et on expose les résultats qui en découlent. Dans un second temps, on se concentre sur la typologie des territoires.

Pour une bonne compréhension de la démarche, il est important de préciser que dans la typologie sont pris en compte la totalité des centres sociaux des pays de la Loire, qu'ils soient fédérés ou non. Cependant L'étude considérera, dans son analyse que les centres sociaux fédérés au réseau. Le traitement ne pouvait être pertinent sans un point de vu global sur ces structures. De plus, les données SENACS nous le permettant, nous avons jugé intéressant d'étudier le phénomène dans son ensemble. Des données grâce auxquels nous pourrions par la suite peut-être aboutir à de nouvelles conclusions ou qui apporteront d'éventuels éléments de compréhension à la recherche.

I - Construction d'une base de données pour les CSX

Pour réaliser cette typologie des centres sociaux, nous avons élaboré une base de données constituée d'informations provenant de l'outil SENACS (système d'échanges National des centres sociaux). Constitué comme un « observatoire » des centres sociaux en 2011 par la CAF et la FCSF, SENACS est un recueil d'enquêtes en ligne qui ont pour vocation de mieux connaître les centres sociaux présents sur le territoire Français. L'idée est d'encourager les échanges de pratiques et de susciter l'échange et la rencontre entre les différents acteurs (partenaires, élus, « citoyen ») en mettant à leur disposition une base d'informations sur les centres.

Cet outil permet d'obtenir un inventaire de la totalité des structures reconnues comme centre social par la caf, fédérées ou non à un réseau de centres (FCSF, Léo Lagrange ...). Cette analyse repose donc sur le résultat de l'enquête menée auprès des CSX-Pays de la Loire. C'est en 2014, que la région des Pays de la Loire est intégrée pour la première fois dans le périmètre de l'enquête. Par conséquent, nous ne pouvons pas faire de comparaisons temporelles.

Après l'exploration des données que proposait le questionnaire, celui-ci s'est avéré être une bonne source d'informations. En effet, les thématiques abordées par cette enquête retranscrivent assez bien les composantes principales d'un centre social : projets et actions des centres sociaux (dont actions « bien vieillir »), gouvernance et place des habitants, partenariats, emploi et finances. De plus, la quasi-totalité des centres sociaux présents sur le territoire des Pays de La Loire, y ont répondu. Élément important, qui a réduit le nombre de perte de centres sociaux potentiellement retenus pour l'enquête avec un total de 138 répondants sur 140 centres sociaux.

Sélection des critères

Cependant, bien que ces informations soient pour la plupart intéressantes, il nous est impossible de toutes les retenir. Le nombre de variables et de modalités est bien trop conséquent pour ce type de traitement et pour rendre lisible de quelconques résultats. Nous avons donc sélectionné les critères qui nous semblaient les plus pertinents pour la recherche. Soit parce qu'ils nous renseignent sur la problématique traitée, soit parce qu'ils caractérisent le mode de fonctionnement du centre social. Les critères retenus sont présentés dans le tableau suivant (Tab.1) :

Tableau 1 : justification des critères retenus

Mode de gestion	La gestion d'un centre social peut-être de plusieurs types et caractérise en parti son mode de fonctionnement. Pour obtenir un panel représentatif, il est essentiel d'avoir dans l'échantillon des structures aux modes de gestion différents.
Nombre de collectivités territoriales qui donnent une aide.	Un centre social perçoit des financements extérieurs. Parmi ces financeurs, certains peuvent-être des collectivités territoriales. Au vu de la dimension territoriale du projet et de ses retombées espérées, cette information semble essentielle. L'implication d'une ou de plusieurs collectivités dans l'activité d'un centre est éloquent.
Nombre salariés	Un centre social fonctionne grâce au travail collaboratif de salariés et de bénévoles. Cette caractéristique est au cœur même de sa définition. Ainsi, connaître la part des moyens humains dont dispose les structures analysées est un indicateur de leur dynamique.
Heures bénévoles	Cette variable vient compléter la précédente. Cependant le nombre de bénévoles n'étant pas renseigné (beaucoup de cas de figures) nous disposons du nombre

	d'heures de bénévolat réalisées au cours d'une année.
Instances de gouvernances habitants	Un centre social se veut être un "foyer d'initiatives", un "vecteur de citoyenneté et de cohésion sociale". Mesurer la place qui est accordée aux habitants dans les instances de gouvernance et de participation du centre, permet de saisir ces enjeux et d'observer d'éventuels écarts en fonction des structures.
Actions Bien vieillir	La recherche porte sur la problématique de l'avancée en âge. Nous souhaitons alors des informations en lien direct avec cette démarche. A travers cette question, il est possible d'observer les centres qui se disent agir sur le vieillissement et ceux qui au contraire n'identifie aucune action.
Partenariat Bien vieillir	Pour compléter cette première information nous avons sélectionné la variable "partenariat bien vieillir". Celles-ci renseignent sur les structures qui ont entrepris des démarches avec des instances expertes, signe d'un intérêt pour la question.
Taille du territoire	La taille du territoire concerne la zone d'action géographique du centre social. Celui-ci peut intervenir sur son quartier, sa commune ou l'intercommunalité. Tout comme son mode de gestion, le territoire d'intervention est un indicateur du fonctionnement de la structure. La typologie permettra de déterminer si ces caractéristiques peuvent influencer sur d'autres facteurs. Chacun de ces territoires devront apparaître dans le panel final.

Création des nouvelles variables

Comme mentionné dans l'introduction, l'ACM est une analyse statistique multivariée pour les tableaux de type *individus X variables* où les variables sont de type catégoriel. Or, les critères descriptifs retenus pour les CSX présentent des variables qualitatives et quantitatives (Tab.2).

Tableau 2 : descriptif des nouvelles variables

Variable SENACS	Type	Nouvelle modalité
Aide ou contribution commune	Quantitatif	NOMBRE DE COLLECTIVITE DONNANT UNES AIDE
Aide ou contribution EPCI	Quantitatif	
Aide département	Quantitatif	
Aide région	Quantitatif	
Aide Etat	Quantitatif	
Aucune instance associant des habitant	Qualitatif	INSTANCES DE GOUVERNANCE ET HABITANTS ASSOCIES
1 a plus instances associant des habitants à la gouvernance	Qualitatif	
1 a plus instances associant des habitants au pilotage	Qualitatif	
Nb d'habitants associée aux instances de gouvernance et de pilotage	Quantitatif	
Heure bénévolat administration	Quantitatif	HEURES BENEVOLES
Heure bénévolat activité	Quantitatif	
Actions Bien Vieillir : développement de lien sociaux des jeunes retraités	Qualitatif	ACTIONS BIEN VIEILLIR
Actions Bien Vieillir : Isolement	Qualitatif	
Actions Bien Vieillir : actions intergénérationnelle	Qualitatif	

Actions Bien Vieillir : Prévention santé	Qualitatif	
Actions Bien Vieillir : Habitat Logement	Qualitatif	
Actions Bien Vieillir : Mobilité	Qualitatif	
Actions Bien Vieillir : Précarité	Qualitatif	
Actions Bien Vieillir : autre	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : CARSAT	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : MSA	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : ARS	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : CCAS ou CIAS	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : Foyer Logement	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : CLIC	Qualitatif	PARTENARIAT BIEN VIEILLIR
Partenariat bien vieillir : EHPAD	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : Conseil Départemental	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : Conseil Régional	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : service de travail à domicile	Qualitatif	
Partenariat bien vieillir : ASPET	Qualitatif	
Nb de salarié 2014 Tout contrat	Quantitatif	NOMBRE DE SALARIES
Gestion collectivité, co-gestion, autre, mode de gestion	Qualitatif	MODE DE GESTION
Territoire d'intervention à dominante urbaine ou rural	Qualitatif	TAILLE DU TERRITOIRE D'INTERVENTION

L'enjeu est donc d'harmoniser les variables afin d'obtenir des classements en modalités tout en veillant à ce qu'il n'y ai pas d'écart trop important entre le nombre de modalités de chacune des variables.

A - Variable : « Nombre de collectivités donnant une aide ».

Comme le montre le tableau, cette variable est issue des informations SENACS (SENACS 2016) présentant pour chaque collectivité territoriale et l'Etat le montant des contributions ou aides versées au centre social. Dans un premier temps, il faut construire une « variable unique » qui se réfère à la question formulée dans le questionnaire. Afin de réduire le nombre de modalités de réponses, celles-ci correspondent à « Oui » ou « Non ».

- = 0 : Aid"CT"Non
- >0 : Aid"CT"Oui

Dans un deuxième temps, on regarde la distribution des modalités dans un tableau de contingence (tab.3) afin d'identifier des profils-lignes identiques. La lecture de ce tableau nous permet donc de regrouper les centres qui sont financés par le même nombre de collectivités territoriales. On définit alors 4 groupes, correspondants au 4 nouvelles modalités de notre variable :

- CT1 : centres recevant un financement d'une des cinq collectivités (11 centres sur 138)
- CT2 : centres recevant un financement de deux des cinq collectivités (64/138)
- CT3 : centres recevant un financement de trois des cinq collectivités (49/138)
- CT4 : centres recevant un financement de quatre des cinq collectivités (14/138)

Tableau 3 : tableau de contingence des profils-lignes pour les aides

Aide département	Aide région	Aide commune	Aide EPCI	Aide Etat	Total
AidDepNon	AidRegNon	AidComNon	AidEpciNon	AidEtOui	2
AidDepNon	AidRegNon	AidComNon	AidEpciOui	AidEtNon	1
AidDepNon	AidRegNon	AidComNon	AidEpciOui	AidEtOui	1

AidDepNon	AidRegNon	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtNon	8
AidDepNon	AidRegNon	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtOui	5
AidDepNon	AidRegOui	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtNon	1
AidDepNon	AidRegOui	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtOui	2
AidDepOui	AidRegNon	AidComNon	AidEpciOui	AidEtNon	8
AidDepOui	AidRegNon	AidComNon	AidEpciOui	AidEtOui	9
AidDepOui	AidRegNon	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtNon	49
AidDepOui	AidRegNon	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtOui	21
AidDepOui	AidRegNon	AidcomOui	AidEpciOui	AidEtNon	4
AidDepOui	AidRegNon	AidcomOui	AidEpciOui	AidEtOui	4
AidDepOui	AidRegOui	AidComNon	AidEpciOui	AidEtNon	5
AidDepOui	AidRegOui	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtNon	8
AidDepOui	AidRegOui	AidcomOui	AidEpciNon	AidEtOui	5
AidDepOui	AidRegOui	AidcomOui	AidEpciOui	AidEtNon	5

B- Variable : « Instances de gouvernance et habitants associés ».

Cette variable est issue de la combinaison d'informations qualitatives et quantitatives. Afin de pouvoir les travailler ensemble, il faut commencer par discrétiser la variable qualitative "nombre d'habitants associés aux instances de pilotage et de gouvernance" elle-même issue des variables SENACS :

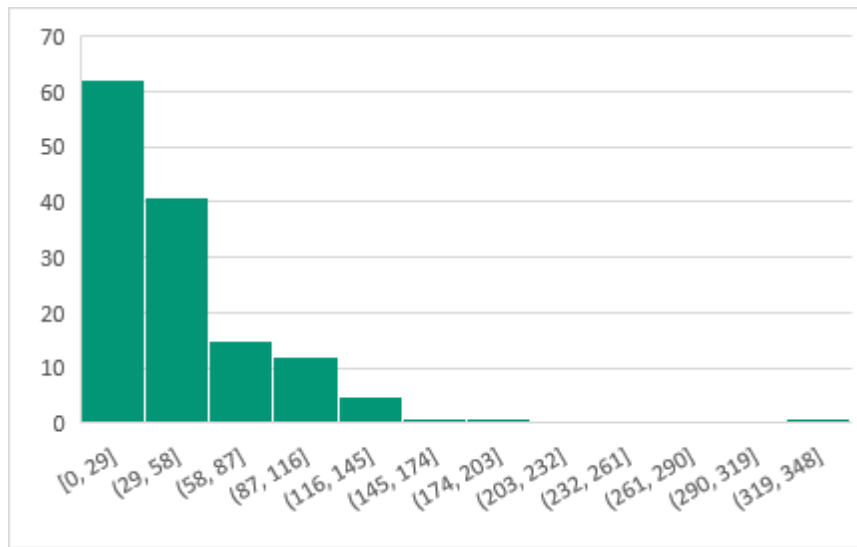
- Instance(s) de gouvernance (nb d'habitants)
- Instance(s) de pilotage (nb d'habitants)

La discrétisation et catégorisation s'effectue grâce à un histogramme de fréquences (Fig.1). Cette présentation montre la répartition des fréquences d'occurrence en paliers. On peut ainsi identifier les ruptures dans notre distribution pour créer des catégories pertinentes. On constate deux ruptures dans notre distribution : la première à 29 et la seconde à 58.

Après quoi on obtient trois catégories et donc trois variables qualitatives :

- NbHabAs- : moins de 29 habitants associés
- NbHabAs : entre 29 et 58 habitants associés
- NbHabAs + : plus de 58 habitants associés

Figure 1 : histogramme de fréquence - nombre d'habitants associés à la gouvernance et au pilotage



Comme déjà réalisé précédemment on se reporte à un tableau de contingence où :

- GouvNon : aucune instance associant les habitants à la gouvernance du centre
- GouvOui : au moins une instance associant les habitants à la gouvernance du centre
- PilNon : aucune instance associant les habitants au pilotage du centre
- PilOui : au moins une instance associant les habitants au pilotage du centre

Tableau 4 : tableau de contingence des profils-lignes pour la gouvernance

1 a plus instances associants des habitants à la gouvernance	1 a plus instances associants des habitants au pilotage	Nb d'habitants associés aux instances de gouvernance et de pilotage	Total
GouvNon	PilNon	NbHabAs-	2
GouvNon	PilOui	NbHabAs	5
GouvNon	PilOui	NbHabAs-	11
GouvNon	PilOui	NbHabAs+	3
GouvOui	PilNon	NbHabAs	6
GouvOui	PilNon	NbHabAs-	24
GouvOui	PilNon	NbHabAs+	2
GouvOui	PilOui	NbHabAs	30
GouvOui	PilOui	NbHabAs-	27
GouvOui	PilOui	NbHabAs+	28

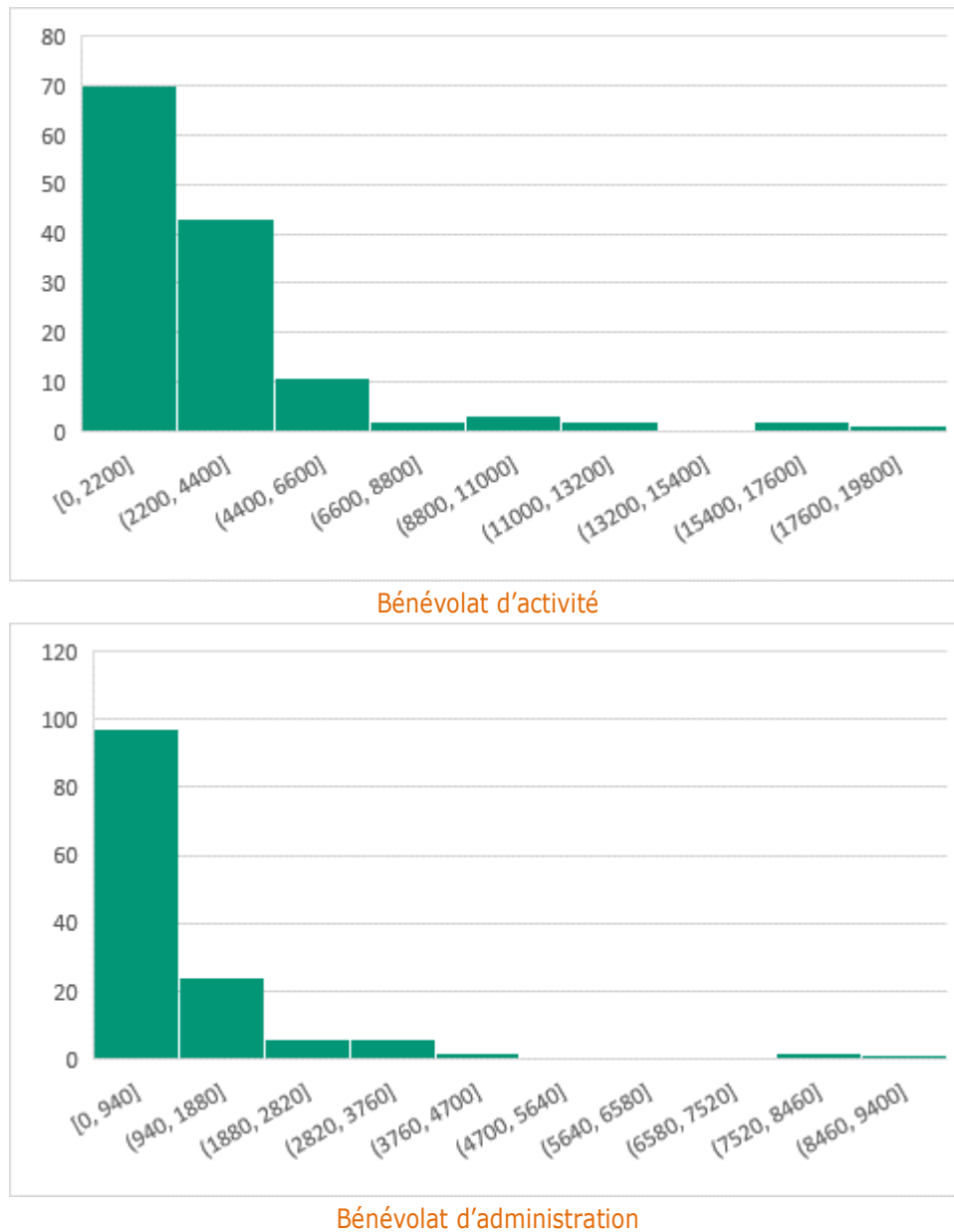
Cette démarche permet d'obtenir 5 modalités pour notre nouvelle variable :

- GP1 : aucune instance associant des habitants avec peu d'habitants participants (2/138)
- GP2 : des instances associant des habitants à la gouvernance ou au pilotage avec une participation des habitants faible à moyenne (46/138)
- GP3 : des instances associant des habitants à la gouvernance ou au pilotage avec une participation des habitants haute (5/138)
- GP4 : des instances associant des habitants à la gouvernance et au pilotage avec une participation des habitants faible à moyenne (57/138)
- GP5 : des instances associant des habitants à la gouvernance et au pilotage avec une participation des habitants haute (28/138)

C- Variable : « Heures bénévoles »

Pour construire cette variable on combine la totalité des heures du bénévolat d'activité déclarées avec celles du bénévolat d'administration. Ces données sont discrétisées de la même manière que le nombre d'habitants associés à la gouvernance et au pilotage du centre. On obtient les histogrammes de fréquence présenter en figure 2.

Figure 2 : histogramme de fréquence - heures de benevolats



En ce qui concerne les distributions, on note des ruptures nettes à 2200 pour le premier palier et à 940 pour le second. On crée donc deux catégories par distribution autour de ces limites, puis on construit notre tableau de contingence (tab 5).

Tableau 5 : tableau de contingence des profils-lignes pour les heures de bénévolat

Heure bénévolat admin	Heure bénévolat activité	Total
HbenvAdm -	HbenvAct-	57
HbenvAdm -	HbenvAct+	40
HbenvAdm -	N/A	5
HbenvAdm +	HbenvAct-	13
HbenvAdm +	HbenvAct+	23

Les nouvelles modalités sont :

- HB- : faible bénévolat des deux types (57/138)
- HB : fort bénévolat dans l'un des deux types (53/138)
- HB+ : fort bénévolat des deux types (23/138)
- Non répondants (N/A) : centres n'ayant pas répondu à l'une des deux questions (5/138).

D - Variable : « Action(s) « bien vieillir » »

La base de données SENACS permet d'avoir le détail de ces actions « bien vieillir » menées via des questions qui interrogent la présence de telle ou telle action au sein du centre, soit 8 variables et 16 modalités, un total une fois de plus trop important. Afin de synthétiser cette information on construit un tableau de contingence (tab.6) où :

- 0 = pas d'action de ce type
- 1 = au moins une action.

Tableau 6: extrait du tableau de contingence de profils-lignes pour les actions bien vieillir

Isolement	Actions générationnelle	inter- santé	Prévention	Habitat				Liens des retraités	sociaux jeunes	Total
				Logement	Mobilité	Précarité	Autre			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	
0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	
0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	
0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	
0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	
0	1	1	0	0	0	0	0	0	7	
0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	
0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	
0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	

Cela nous permet de faire un premier classement suivant le nombre de type d'actions « bien vieillir » proposées :

- 0/8 = 27 csx
- 1/8 = 18 csx
- 2/8 = 31 csx
- 3/8 = 19 csx
- 4/8 = 22 csx
- 5/8 = 14 csx
- 6/8 = 6 csx

- 7/8 = 1 csx

De façon à réduire le nombre de modalités entre 3 et 5 (nombre de modalités des autres nouvelles variables) on construit 4 groupes en suivant les ruptures de la distribution : entre 1 et 2 ; 5 et 6 et deux classes situées aux extrémités (minimum/maximum) soit :

- BV0: le centre ne présente pas d'action bien vieillir
- BV1 : le centre présente un type d'action bien vieillir
- BV2: le centre présente 2 à 5 types d'action bien vieillir
- BV3 : le centre présente 6 ou 7 types d'action bien vieillir

E- Variable : « partenariat « bien vieillir » »

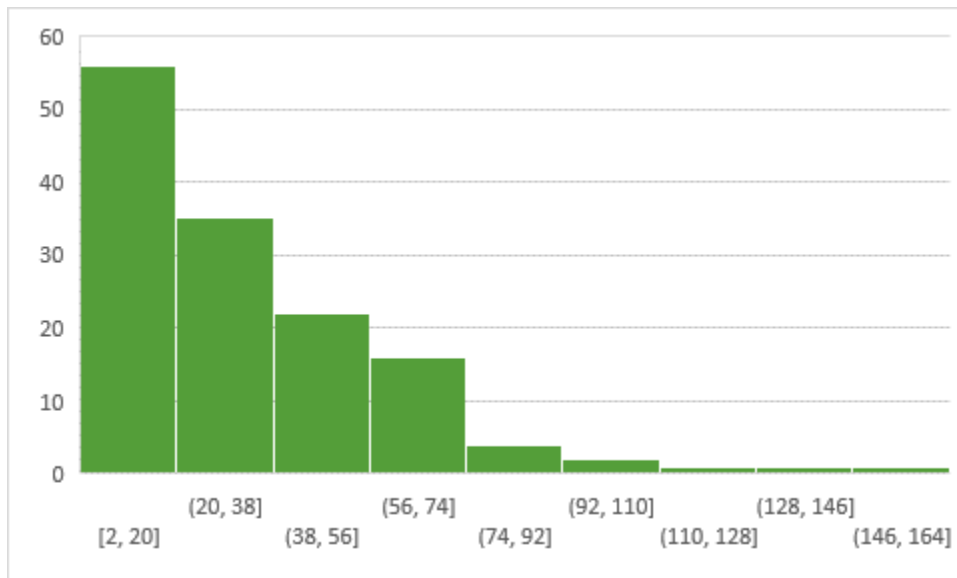
Pour la question des partenaires sur le bien vieillir, nous appliquons la même démarche que pour la création de la variable précédente. Les nouvelles modalités sont les suivantes :

- PB0 : aucun partenaire (35/138)
- PB1 : un partenaire sur onze (17/138)
- PB2 : de deux à cinq partenaires sur onze (71/138)
- PB3 : de six à neuf partenaires sur onze (15/138)

F- Variable : « nombre de salariés tout contrat » :

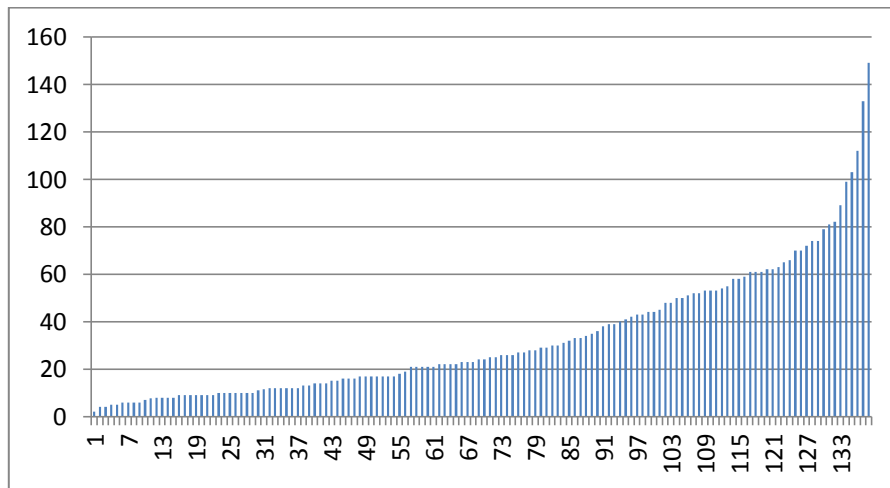
Comme pour les variables quantitatives précédentes, la discrétisation de notre nouvelle variable et des modalités devrait s'appuyer sur une analyse de l'histogramme de fréquence (Fig.3) Néanmoins l'histogramme nous montre une première rupture à 20 salariés ce qui est un nombre déjà important.

Figure 3 : histogramme de fréquence - nombre de salaries



Afin de pouvoir conserver la spécificité des toutes petites structures en termes de salariat on préférera un histogramme classique (Fig.4). De cette façon, on identifie un premier palier à 10. On choisit de prendre 30 comme valeur pour le second palier puisqu'elle apparaît comme une valeur moyenne. La moyenne du nombre de salariés sur la population totale est de 33 mais est "tirée" vers le haut par des valeurs aberrantes supérieures à 90 (jusqu'à 149). C'est pourquoi il est préférable de les exclure de la plage de calcul de la moyenne. On obtient une nouvelle moyenne à 29,8, soit 30. On place une dernière limite à 60, le double de la moyenne.

Figure 4 : histogramme : nombre de salaires



Les nouvelles modalités sont :

- NbSal-- : centres ayant moins de 10 salariés (29/138)
- NbSal- : centres ayant entre 10 et 30 salariés (54/138)
- NbSal+ : centres ayant entre 30 et 60 salariés (33/138)
- NbSal++ : centres ayant plus de 60 salariés (22/138)

G- Variable : « mode de gestion »

Cette variable étant déjà une variable catégorielle, le travail à uniquement consisté à réduire le nombre de modalités. En effet le traitement des données SENACS nous a donné 8 modalités de gestion différente.

- Association : gestion par une association
- CCAS : gestion par une collectivité locale via le CCAS
- Com : gestion par la commune
- EPA : établissement public administratif
- Interco : gestion par l'intercommunalité
- DSP : gestion en délégation de service public
- EPIC : établissement public industriel et commercial

Une fois les modalités regroupées, trois nouveaux groupes apparaissent :

- CL : gestion par une collectivité locale qui comprend : CCAS, Com, Interco
- Association
- Autre : DSP, EPA, EPIC

H- Variable : « taille du territoire d'intervention »

De la même manière que pour la variable précédente, il s'agit ici de synthétiser l'information. Puisque les caractéristiques de territoire seront analysées de leur côté, on a supprimé la dimension rural/urbain de la classification SENACS pour n'obtenir que 3 modalités au final :

- QUART : le centre à un territoire d'intervention d'un ou plusieurs quartiers (75 /138)
- COM : le centre à un territoire d'intervention d'une commune (28/138)
- INTERCO : le centre à un territoire d'intervention de plus d'une commune (30/138)
- Non répondants : 5 structures (5/138).

Toute cette partie ne concerne donc qu'uniquement la construction des données ou plutôt la transformation des données initiales (variables et modalités) en données exploitables pour la réalisation

de la typologie et l'interprétation de ses résultats. Un travail sans lequel le reste de la démarche n'est pas réalisable. En effet, si nous avons gardé toutes les données telles quelles nous n'aurions pas pu interpréter et analyser quoi que ce soit. Un nombre de données trop importantes rendrait les graphiques et incohérents les résultats. De plus nous travaillons avec des données à la fois quantitatives et qualitatives, il fallait trouver un moyen d'harmoniser toutes ces données.

Ainsi, cette étape nous permet maintenant de regarder les résultats que l'on obtient lorsque l'on réalise les traitements qui suivent.

Corrélation entre modalités

Avant de se lancer dans l'analyse multivariée, il est intéressant de se pencher sur les relations entre nos variables. C'est pourquoi, nous réalisons un test de corrélations (Khi²) afin de mesurer le degré d'indépendance des variables entre elles.

Le tableau suivant (tab.7) présente les niveaux de signification des Khi² d'indépendance. Si le Khi² est inférieur à 5 alors il y a rejet du test d'indépendance, autrement dit les variables sont dépendantes. En revanche si le test du Khi² est supérieur à 5 on déduit une relation d'indépendance entre les variables.

Tableau 7 : valeur de khi² pour la comparaison de variables 2 à 2

	Nombre de collectivités qui donnent une aide	Instances de gouvernance et habitants associés	Heures bénévoles	Action BV	Partenariat BV	Nombre de salariés 2014 tout contrats	Mode de gestion	Taille du territoire
Nombre de collectivités qui donnent une aide		0,033	0,009	0,14	0,095	0,378	0	0,023
Instances de gouvernance et habitants associés			0,012	0,852	0,609	0,419	0,082	0,178
Heures bénévoles				0,265	0,446	0,027	0	0,025
Action BV					0	0,183	0,263	0,72
Partenariat BV						0,93	0,672	0,415
Nombre de salariés 2014 tout contrats							0	0,479
Mode de gestion								0,24
Taille du territoire								

Analyser et interpréter le khi², permet d'ores et déjà de poser quelques hypothèses en comprenant quels sont les liens entre les variables. Par exemple :

La taille du territoire est corrélée avec le nombre de collectivités qui financent et avec les heures bénévoles.

- Nous pouvons faire l'hypothèse que plus le territoire d'intervention d'un centre social est grand plus les collectivités territoriales sont impliquées.
- La taille du territoire aurait également un lien avec les heures bénévoles, ainsi on peut émettre l'hypothèse que plus le territoire est grand plus le centre social génère d'heures bénévoles. (Soit par un nombre plus élevé de bénévoles soit par un temps de bénévolat plus important par personne).

Ce test permet également d'observer certaines redondances entre les variables. En effet, la valeur du Khi^2 entre partenariat bien vieillir et action bien vieillir et entre mode de gestion et nombre de salariés est égal à 0. Ce résultat pose problème pour la suite de notre analyse, car des répartitions similaires de modalités au sein de ces variables peuvent déstabiliser l'ACM en « tirant » trop sur la construction de ses axes. C'est pourquoi, nous choisissons de les extraire de notre analyse.

Le test du Khi^2 est une première approche de ce qu'est capable de nous apporter le traitement de nos variables. A partir de celui-ci nous avons été amenés à émettre des hypothèses qui nous permettent de mieux appréhender les relations que nos données entretiennent entre elles. Par conséquent, nous obtenons aussi de premières clés de compréhension sur le phénomène étudié. Cependant le Khi^2 n'est pas suffisamment détaillé pour nous apporter des éléments de réponses sur nos individus, il est un indicateur des liens entre deux variables uniquement.

C'est pourquoi nous proposons dans les pages qui suivent de créer notre typologie des centres sociaux à partir d'une ACM (analyse des correspondances multiples). Méthode qui nous a semblé être la plus appropriée à notre travail puisqu'elle permet de traiter simultanément des données qualitatives et quantitatives à partir du moment où elles sont traitées comme des variables catégorielles.

II – Typologie de centres sociaux

L'ACM

Nous avons choisi de faire une ACM car l'AFC (analyse factorielle des correspondances) ne correspondait pas à notre type d'analyse puisque l'on souhaite étudier les caractéristiques de notre population au-delà de 2 variables. L'ACM permet de déterminer des proximités entre des modalités de variables différentes ou entre individus pour en tirer des enseignements. Ainsi des profils particuliers peuvent émerger à partir de divers critères observés. (Baudot 2016)

A- Choix des axes

Nous passons maintenant à l'interprétation de notre ACM. Il nous faut dans un premier temps, choisir nos axes principaux. Après calcul, on peut observer 7 valeurs propres significatives. ($1/n$ soit $1/6 = 0,16$). L'important de notre tableau disjonctif complet présentant les 6 variables et la totalité des 22 modalités pour les 130 structures ayant répondu à toutes les questions dans le logiciel TANAGRA, nous permet d'effectuer une ACM.

L'ACM, permet de réaliser une présentation graphique type « nuage de points » de nos individus en fonction de nouvelles coordonnées données sur des axes produits par l'ACM expliquant la répartition des individus suivant leurs modalités de réponses. Le tableau 8 présente l'ensemble des 16 axes qui expliquent notre distribution.

Tableau 8 : Valeurs propres – CSX

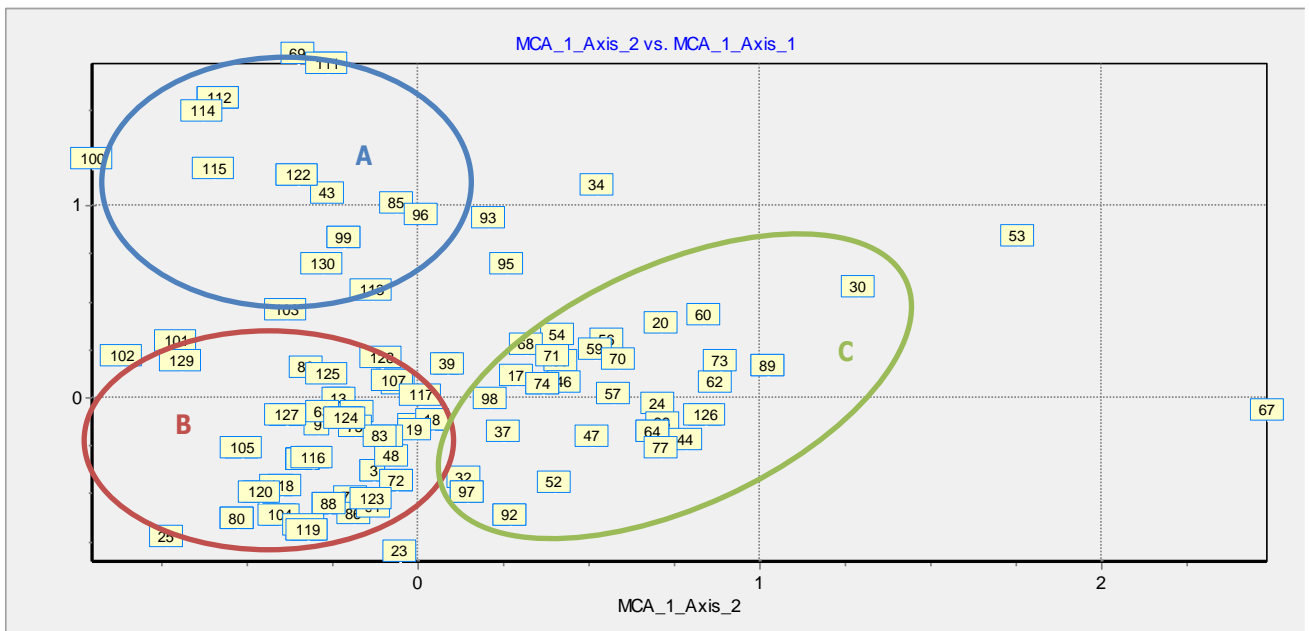
Axes	Valeur propre	% expliqué	% cumulé
1	0,358041	13,43%	13,43%
2	0,269356	10,10%	23,53%
3	0,248191	9,31%	32,83%
4	0,210292	7,89%	40,72%
5	0,192846	7,23%	47,95%
6	0,185762	6,97%	54,92%
7	0,173733	6,51%	61,43%
8	0,164484	6,17%	67,60%
9	0,15328	5,75%	73,35%
10	0,142866	5,36%	78,71%
11	0,126084	4,73%	83,44%
12	0,115585	4,33%	87,77%
13	0,113447	4,25%	92,02%
14	0,09552	3,58%	95,61%
15	0,063342	2,38%	97,98%
16	0,053839	2,02%	100,00%

Ici il y a 7 axes significatifs qui expliquent 61,43% de la répartition. Or, pour que les résultats restent pertinents nous devons limiter le nombre d'axes significatifs. On choisit de se limiter à trois axes en respectant la rupture des valeurs des valeurs propres entre l'axe 3 et l'axe 4. De plus, 3 est généralement le nombre d'axes conservés pour rendre significative une ACM.

L'intérêt de l'ACM est la possibilité d'une représentation graphique sous forme de « nuage de points ». La figure 5 présente la distribution de notre population dans un référentiel axe 2/ Axe1. Une analyse rapide, nous permet d'identifier trois groupes :

- Groupe A : au coin gauche en haut du graphique.
- Groupe B : à gauche du graph en négatif sur l'axe 2.
- Groupe C : à droite du graph en positif sur l'axe 2.

Figure 5 : nuage de point de la répartition des csx sur les axes 1 et 2



Afin de donner un sens à ces groupes, il nous faut donner un sens aux axes. Pour cela, nous analysons nos modalités. Comprendre la répartition de ces modalités sur les axes permet de saisir la direction que prennent les axes choisis.

B- Analyses des modalités

L'analyse des modalités se fait à l'aide du tableau 9. Celui-ci présente pour chaque modalité :

- Les effectifs
- Les distances carrées : soit la distance au khi2. Qui est la distance entre les valeurs observées et les valeurs théoriques.
- Les composantes principales : qui sont les coordonnées de chaque modalité sur les nouveaux axes.
- La contribution : qui est la contribution de la modalité à la composante principale. (en %)
- Corrélation : qui est la racine du cosinus carrée des modalités. Un cosinus carré est la qualité de la représentation de la modalité sur l'axe principal.
- Valeurs-Tests : permet de déterminer si la modalité contribue de manière significative à un axe. On sait qu'une contribution est significative quand la valeur-test est supérieur à 2 (Tenenhaus ; 1996).

Tableau 9 : analyse des modalités - CSX

Variables actives	effectifs	distance au carré	Composantes principales			CTR (%)			corrélation			Test-Value		
			axe 1	axe 2	axe 3	axe 1	axe 2	axe 3	axe 1	axe 2	axe 3	axe 1	axe 2	axe 3
Mode de gestion	Association	106	-0,36809	0,1062	0,0367	5,143	0,569	0,074	-0,77	0,22	0,08	-8,786	2,535	0,876
	CL	19	1,86438	-0,22775	-0,53106	23,648	0,469	2,768	0,77	-0,09	-0,22	8,761	-1,07	-2,495
	AUTRE	5	0,71891	-1,38595	1,24002	0,925	4,571	3,971	0,14	-0,28	0,25	1,633	-3,148	2,817
Nombre de collectivité domnant une aide	CT3	42	-0,38807	0,27643	-0,51752	2,265	1,528	5,811	-0,27	0,19	-0,36	-3,045	2,169	-4,061
	CT2	64	-0,18134	-0,35958	0,43791	0,754	3,939	6,34	-0,18	-0,35	0,43	-2,028	-4,022	4,898
	CT4	13	0,13674	1,69142	0,1663	0,087	17,702	0,186	0,04	0,56	0,05	0,518	6,404	0,63
Heures bénévoles	CT1	11	10,8182	2,37518	-0,96233	-0,7684	22,221	4,849	0,72	-0,29	-0,23	8,202	-3,323	-2,653
	HB	53	1,4528	-0,36748	-0,067	0,56548	2,563	0,113	8,754	-0,30	0,47	-3,463	-0,631	5,328
	HB-	54	1,4074	0,77586	0,26296	-0,00339	11,639	1,777	0,65	0,22	0,00	7,428	2,518	-0,032
Taille du territoire d'intervention	HB+	23	4,6522	-0,97478	-0,46301	-1,2951	7,825	2,347	-0,45	-0,21	-0,60	-5,133	-2,438	-6,82
	QUART	74	0,7568	-0,22887	-0,48047	1,388	8,131	0,086	-0,26	-0,55	-0,05	-2,988	-6,273	-0,62
	INTERCO	28	3,6429	0,0608	1,37228	-0,44603	0,037	25,097	2,877	0,03	0,72	0,362	8,166	-2,654
Instances de gouvernances et habitants associés	COM	28	3,6429	0,54407	-0,10247	0,57161	2,968	0,14	4,726	0,28	0,30	3,238	-0,61	3,402
	GP4	57	1,2807	-0,15777	0,05881	0,54449	0,508	0,094	8,729	-0,14	0,48	-1,583	0,59	5,465
	GP5	24	4,4167	-0,65763	-0,14592	-1,34187	3,717	0,243	22,323	-0,31	-0,07	-3,554	-0,789	-7,252
Actions bien vieillir	GP2	42	2,0952	0,67986	-0,09734	0,04615	6,951	0,189	0,046	0,47	0,03	5,335	-0,764	0,362
	GP3	5	25	-0,9816	-0,78826	0,11857	1,725	1,479	0,036	-0,20	0,03	-2,23	-1,791	0,269
	GP1	2	64	0,56488	4,08992	-0,68124	0,229	15,924	0,479	0,07	-0,08	0,802	5,807	-0,967
	BV2	82	0,5854	-0,03925	-0,29907	-0,16846	0,045	3,491	1,202	-0,05	-0,22	-0,583	-4,44	-2,501
	BV0	26	4	-0,43844	0,55214	0,67757	1,79	3,773	6,166	-0,22	0,34	-2,49	3,136	3,848
	BV1	16	7,125	0,59736	0,68121	0,07102	2,044	3,534	0,042	0,25	0,03	2,542	2,899	0,302
	BV3	6	20,6667	0,84337	-0,12193	-0,82323	1,528	0,042	2,1	-0,18	-0,18	2,107	-0,305	-2,057

A partir de ce tableau, on peut déterminer les corrélations significatives à l'axe car celles-ci ont une valeur-test supérieure à 2.

- Pour l'axe 1 : CL ; CT1 ; HB-, BV3 ; BV1 ; COM ; GP2
- Pour l'axe 2 : BV1 ; BV0 ; GP1 ; CT4 ; HB- ; INTERCO ; ASSOCIATION ; CT3
- Pour l'axe 3 : Autre ; CT2 ; HB ; COM ; BV0 ; GP4

Ainsi, chacune de ces modalités représentent pour leur axe respectif une part importante de sa construction. A l'inverse de celles qui ne sont pas citées.

Néanmoins, ces premiers résultats ne nous permettent pas d'identifier les modalités à contribution positives et/ou négatives. On sait par Tenenhaus (1996) que pour mesurer l'influence globale des modalités dans la construction des axes principaux, il faut regarder les contributions et les rapports de corrélation. Ceux-ci sont significatifs dans le cas où les valeurs-tests sont supérieures à 4. (P.217).

Grâce à cet outil, il est possible d'identifier les modalités principales de chaque axe et leurs corrélations positives ou négatives.

On constate alors que l'axe 1 oppose CL et CT1 en corrélation positive (0.77 / 0.72) à HB+ et GP5 (-0.45 / -0.31) en corrélation négatives. En d'autres termes il y a opposition entre des centres en gestion de collectivités locales financés par une collectivité territoriale d'un côté et des centres à fort bénévolat et participation des habitants de l'autre.

L'axe 2 oppose INTERCO (0.72) et CT4 (0.56) en positif à BV2 (-0.39) et Quartier en négatif (-0.55). Autrement dit il oppose des centres à territoire d'intercommunaux avec de nombreuse CT aidantes à des centres de quartier avec 2 à 5 types d'actions Bien vieillir.

L'axe 3 quant à lui oppose HB et GP4 (0.47/0.48) en corrélations positives GP5 et HB+ (-0.64/-0.60) en corrélations négatives soit des centres avec des heures bénévoles et une participation moyennes à des centres avec un bénévolat et une participation importante.

Si l'on observe à nouveau nos groupes, on constate maintenant que le groupe A avec des coordonnées positives en axe 1 serait principalement composé de centres gérés par des collectivités locales. De même, la distinction entre les groupes B et C, l'un positif et l'autre négatif sur l'axe 2, peut s'interpréter comme une distinction de territoires d'intervention. Ainsi le groupe B regrouperait les centres de Quartier et le groupe C les centres intercommunaux.

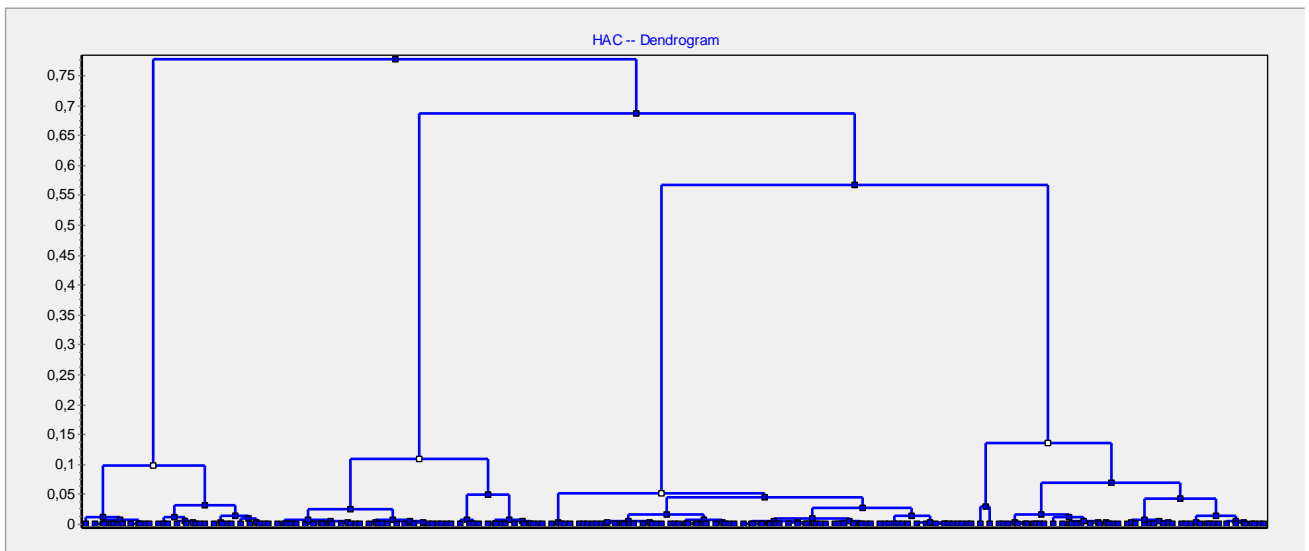
Néanmoins cette interprétation se base sur une représentation dans R² or nous avons trois axes significatifs, c'est pourquoi une représentation dans R³ conviendrait davantage. Cependant cela est plus délicat à produire et à lire. De plus, en ne retenant que les corrélations les plus fortes de nos axes dans nos interprétations on perd en précision. C'est ici et pour cette raison que la Classification ascendante hiérarchique (CAH) intervient.

La CAH

A- Sélection des groupes

La CAH est une méthode de classification en association successives des individus par degré de similitude croissant. C'est-à-dire que l'on part de l'ensemble de la population et on crée des partitions binaires successives pour arriver à chaque individu. Ceci se présente sous la forme d'un Dendrogramme (fig.6).

Figure 6 : dendrogramme de CAH pour les CSX

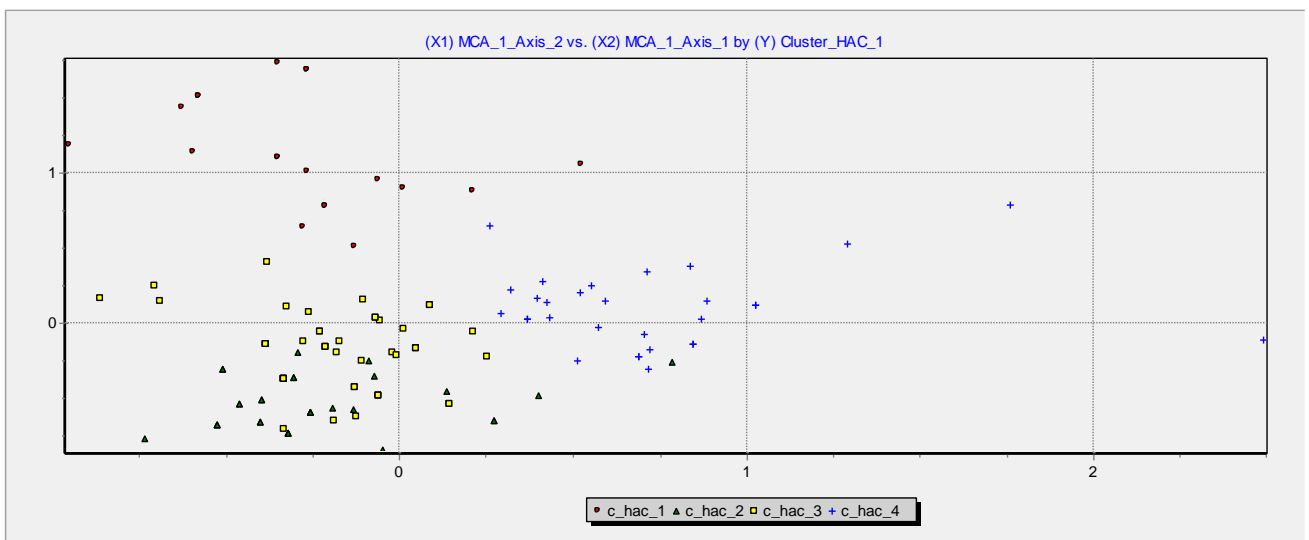


Il s'agit ensuite de choisir un niveau de partition coupant le Dendrogramme à un seuil donné pour obtenir nos classes. Ici, notre seuil de partition nous est donné directement par le logiciel dans une répartition « Best cluster sélection ». On obtient au final, 4 classes,

- Groupe A : 20 individus
- Groupe B : 31 individus
- Groupe C : 49 individus
- Groupe D : 30 individus

Pour avoir une meilleure idée de la répartition des groupes, on les remet sur un nuage de point axe 2 /axe 1 (fig.7).

Figure 7 : répartition des groupes de la CAH



B- Caractéristique des groupes

Les caractéristiques de chacun des groupes sont données dans le tableau 10. Ce tableau permet de voir le poids de chacune des modalités dans la constitution de chaque groupe. Ce sont les valeurs-tests qui permettent de l'illustrer. Par exemple, pour le groupe A la modalité la plus importante dans la

construction du groupe est la modalité CL (1,99). Les colonnes « GROUP » nous donne le pourcentage des individus qui ont répondu à la modalité et qui apparaissent dans ce groupe. 85% des individus qui ont répondu « CL » sont dans le groupe A.

Ainsi, la CAH trouve toute son importance. En effet, même si les interprétations des groupes précédant nous permettaient de supposer l'importance du mode de gestion dans la classification des centres, nous pouvons maintenant et le confirmer et le nuancer. Bien que la variable « mode de gestion » figure toujours dans les 5 premières valeurs-tests de chaque groupe, elle n'est principale que pour le groupe 1.

La CAH permet aussi d'identifier les modalités absentes, autrement dit celles qui n'apparaissent pas dans chacun des groupes :

- GP1, GP3, CT4, HB+ ne sont pas dans le groupe A
- CT1, BV1, AUTRE, GP1 ne sont pas dans le groupe B
- GP1, CT1, CT4, CL ne sont pas dans le groupe C
- GP3, AUTRE, CT1, HB+ ne sont pas dans le groupe D

A l'inverse, une seule modalité apparaît entièrement que dans un seul des quatre groupes. A savoir CT1 dans le groupe A.

Tous ces facteurs nous permettent de formuler les constats suivants :

- Groupe « A » : des centres en gestion par collectivités locales sur des territoires communaux, se situant dans la moyenne supérieure en termes d'action « bien vieillir » avec un faible bénévolat
- Groupe « B » : globalement composé de centres sociaux associatifs à l'échelle du quartier, dont la participation et l'association des habitants à la gouvernance est moyenne à élever. Le bénévolat y est important, ceux-ci se situent dans la moyenne supérieure en termes d'action « bien vieillir ».
- Groupe « C » : à plus ou moins les mêmes caractéristiques que le groupe B. Cependant le bénévolat est moyen plutôt qu'élevé et les centres ne se caractérisent pas en termes d'action bien vieillir.
- Groupe « D » : des centres à territoire intercommunal financés par plusieurs collectivités territoriales avec une somme d'heures de bénévolat basse.

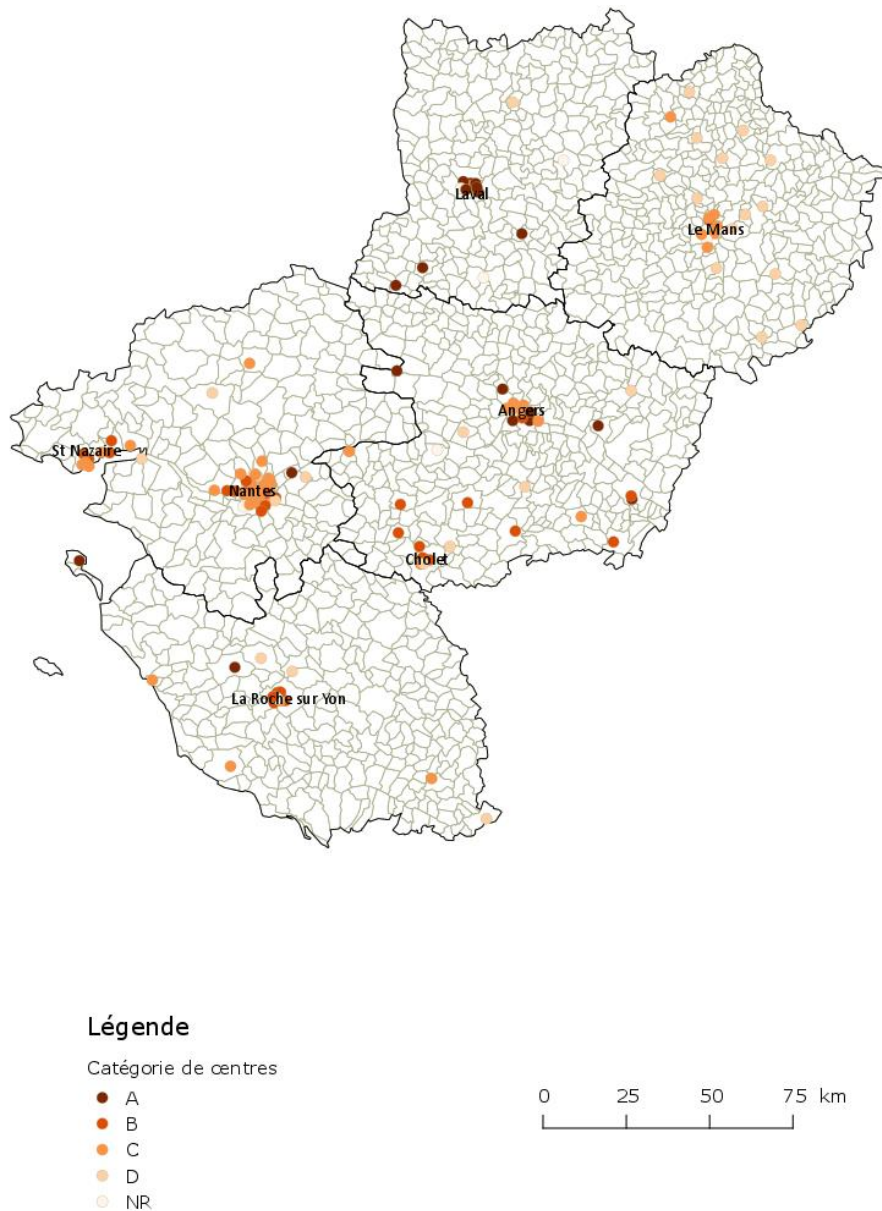
Tableau 10 : répartition des modalités par groupe de la CAH

Groupe A				Groupe B				Groupe C				Groupe D							
Att -	Test	Group	Overall	Att -	Test	Group	Overall	Att -	Test	Group	Overall	Att -	Test	Group	Overall				
CL	1,99	[89,5 %]	85,0 %	14,60%	HB+	1,4	[95,7 %]	71,0 %	17,70%	HB	0,67	[67,9 %]	73,5 %	40,80%	INTERC	1,1	[71,4 %]	66,7	21,50%
CT1	1,67	[100,0 %]	55,0 %	8,50%	GP5	1,02	[75,0 %]	58,1 %	18,50%	CT2	0,61	[60,9 %]	79,6 %	49,20%	CT4	1	[92,3 %]	40,0	10,00%
HB-	1,08	[35,2 %]	95,0 %	41,50%	BV2	0,56	[34,1 %]	90,3 %	63,10%	GP4	0,43	[56,1 %]	65,3 %	43,80%	HB-	0,58	[38,9 %]	70,0	41,50%
GP2	0,81	[33,3 %]	70,0 %	32,30%	CT3	0,48	[40,5 %]	54,8 %	32,30%	QUART	0,38	[50,0 %]	75,5 %	56,90%	BV1	0,44	[50,0 %]	26,7	12,30%
COM	0,57	[32,1 %]	45,0 %	21,50%	Associat	0,48	[29,2 %]	100,0 %	81,50%	Associat	0,27	[42,5 %]	91,8 %	81,50%	GP1	0,42	[100,0 %]	6,7	1,50%
BV3	0,26	[33,3 %]	10,0 %	4,60%	QUART	0,41	[32,4 %]	77,4 %	56,90%	AUTRE	0,22	[80,0 %]	8,2 %	3,80%	Associat	0,3	[26,4 %]	93,3	81,50%
BV2	0,14	[17,1 %]	70,0 %	63,10%	GP3	0,3	[60,0 %]	9,7 %	3,80%	BV0	0,21	[53,8 %]	28,6 %	20,00%	BV0	0,25	[34,6 %]	30,0	20,00%
BV1	0,08	[18,8 %]	15,0 %	12,30%	BV3	-0,07	[16,7 %]	3,2 %	4,60%	COM	0,02	[39,3 %]	22,4 %	21,50%	CT3	0,24	[31,0 %]	43,3	32,30%
AUTRE	0,06	[20,0 %]	5,0 %	3,80%	GP1	-0,13	[0,0 %]	0,0 %	1,50%	GP3	0,01	[40,0 %]	4,1 %	3,80%	GP4	0,12	[26,3 %]	50,0	43,80%
GP1	-0,13	[0,0 %]	0,0 %	1,50%	INTERC	-0,13	[17,9 %]	16,1 %	21,50%	BV3	-0,03	[33,3 %]	4,1 %	4,60%	GP2	0,02	[23,8 %]	33,3	32,30%
GP3	-0,2	[0,0 %]	0,0 %	3,80%	CT2	-0,15	[20,3 %]	41,9 %	49,20%	BV1	-0,06	[31,3 %]	10,2 %	12,30%	COM	-0,04	[21,4 %]	20,0	21,50%
GP5	-0,22	[8,3 %]	10,0 %	18,50%	AUTRE	-0,2	[0,0 %]	0,0 %	3,80%	GP2	-0,08	[33,3 %]	28,6 %	32,30%	BV3	-0,06	[16,7 %]	3,3	4,60%
QUART	-0,24	[12,2 %]	45,0 %	56,90%	CT4	-0,23	[7,7 %]	3,2 %	10,00%	BV2	-0,12	[34,1 %]	57,1 %	63,10%	GP3	-0,2	[0,0 %]	0,0 %	3,80%
INTERC	-0,28	[7,1 %]	10,0 %	21,50%	CT1	-0,3	[0,0 %]	0,0 %	8,50%	GP1	-0,13	[0,0 %]	0,0 %	1,50%	AUTRE	-0,2	[0,0 %]	0,0 %	3,80%
CT2	-0,28	[10,9 %]	35,0 %	49,20%	BV0	-0,34	[7,7 %]	6,5 %	20,00%	CT3	-0,25	[23,8 %]	20,4 %	32,30%	GP5	-0,22	[12,5 %]	10,0	18,50%
CT4	-0,33	[0,0 %]	0,0 %	10,00%	COM	-0,37	[7,1 %]	6,5 %	21,50%	CT1	-0,3	[0,0 %]	0,0 %	8,50%	HB	-0,22	[17,0 %]	30,0	40,80%
BV0	-0,38	[3,8 %]	5,0 %	20,00%	HB	-0,37	[13,2 %]	22,6 %	40,80%	CT4	-0,33	[0,0 %]	0,0 %	10,00%	CL	-0,23	[10,5 %]	6,7	14,60%
HB+	-0,46	[0,0 %]	0,0 %	17,70%	BV1	-0,37	[0,0 %]	0,0 %	12,30%	HB-	-0,35	[22,2 %]	24,5 %	41,50%	CT1	-0,3	[0,0 %]	0,0 %	8,50%
CT3	-0,48	[4,8 %]	10,0 %	32,30%	CL	-0,41	[0,0 %]	0,0 %	14,60%	HB+	-0,41	[4,3 %]	2,0 %	17,70%	HB+	-0,46	[0,0 %]	0,0 %	17,70%
GP4	-0,48	[7,0 %]	20,0 %	43,80%	GP2	-0,41	[9,5 %]	12,9 %	32,30%	CL	-0,41	[0,0 %]	0,0 %	14,60%	BV2	-0,48	[14,6 %]	40,0	63,10%
HB	-0,73	[1,9 %]	5,0 %	40,80%	GP4	-0,49	[10,5 %]	19,4 %	43,80%	GP5	-0,42	[4,2 %]	2,0 %	18,50%	CT2	-0,65	[7,8 %]	16,7	49,20%
Associat	-1,84	[1,9 %]	10,0 %	81,50%	HB-	-0,71	[3,7 %]	6,5 %	41,50%	INTERC	-0,47	[3,6 %]	2,0 %	21,50%	QUART	-0,88	[5,4 %]	13,3	56,90%

Il est intéressant de regarder la distribution spatiale des catégories (fig.8). On remarque alors que la catégorie 2 est dominante dans les préfectures à l'exception le Laval. De plus, il y a des spécificités départementales :

- Il n'y a pas de catégorie A en Sarthe et peu en Loire atlantique mais une prédominance en Mayenne
- Il n'y a pas de catégorie B en Mayenne et en Sarthe
- Il y a seulement un centre en catégorie A en Loire-Atlantique
- La catégories C est dominantes en Loire Atlantique
- Le Maine et Loire et la Vendée semble présenter une distribution équilibrée entre les 4 catégories.

Figure 8 : carte des csx en pays de la Loire selon leurs catégories



Ces différents outils de traitement nous ont permis de rendre notre population bien plus lisible. En effet, 130 des 140 centres sociaux de départ sont maintenant regroupés selon des caractéristiques qui les rapprochent ou au contraire qui les différencient.

De cette façon il nous est possible d'avoir une démarche réflexive et d'objectiver les structures que nous étudions. Cependant il nous manque encore une information essentielle. Si nous connaissons à présent leur composition, il reste à déterminer leur positionnement géographique, qui croiser avec ces premiers résultats vont pouvoir faire émerger de nouveaux constats. La partie suivante présente cette typologie des territoires. Comme pour les centres sociaux nous avons pris dans un premier temps l'ensemble des communes des pays de la Loire et pas seulement celles des centres sociaux. L'interprétation de nos résultats nous conduit à restreindre le nombre de commune. Cette typologie des territoires permet de compléter la typologie des centres sociaux. Les deux associées nous fournissent des résultats intéressants et pertinents qui donneront lieux à la sélection de notre échantillon d'enquête.

III- Construire une base de données sur les communes

Il est nécessaire de réaliser une typologie de territoire afin de pouvoir compléter la typologie des centres sociaux. En effet cela devrait nous permettre de choisir, pour la construction de notre panel final, les centres sociaux à partir de leurs critères et de leurs territoires d'implantation. Afin de réaliser cette typologie nous avons besoin de constituer une base de données présentant des indicateurs sur les différents aspects du territoire.

Sélection de critères

Pour les besoins de l'étude nous choisissons de sélectionner des indicateurs tant sur les communes que sur leur population elles-mêmes :

- Un indice démographique : l'étude portant sur le « bien vieillir », il semble crucial de garder une dimension démographique, notamment illustrant la répartition des classes d'âges.
- Une indication socioprofessionnelle : cela permet de caractériser la population et d'en déduire des informations sur le niveau de vie et les classes sociales.
- Une indication en termes de « niveau de diplôme » : qui permet de faire le lien avec les CSP présent sur le territoire et qui est un indice de classe sociale.
- Une indication sur le niveau d'équipement : qui illustre une certaine fracture, une inégalité territoriale entre des communes bénéficiant de tous les équipements et d'autres, généralement isolées où les services sont absents.
- Une information sur le type de territoire : il semble évident que le 'type' de commune, c'est-à-dire son inscription dans un milieu urbain ou rural, est un facteur important à prendre en compte.

Les paragraphes suivants présentent la méthodologie employée pour la construction de ses indicateurs ainsi que leur transformation en variables de type catégorielles afin de pouvoir les traiter en ACM.

A- Un indice démographique : l'indice de vieillissement

L'indice de vieillissement est un indice démographique qui exprime le taux de la population âgée (plus de 60ans) par rapport à la population jeune (moins de 20ans). Utiliser cet indice permet de supprimer les écarts de valeurs brutes de populations dus à la taille des communes.

Pour calculer les indices de vieillissement, on se base sur les résultats du recensement général de la population de 2012 (INSEE 2012) en calculant le rapport entre la population de plus de 60 ans et celle de moins de 20 ans. On obtient alors une valeur autour de 100 (sauf cas aberrant). Plus la valeur est faible, plus le rapport penche en la faveur des jeunes.

On obtient des valeurs très variées de 9 (Vouvray-sur-Huisne dans la Sarthe) à 497 (Jard-sur-Mer en Vendée). Pour pouvoir traiter cet indice dans notre ACM, on regroupe ces valeurs par paliers afin de créer 5 nouvelles catégories :

- JEUN + : communes avec une surreprésentation de moins de 20 ans très importante avec des indices de vieillissement entre 9 et 50 (581/1502)

- JEUN : communes avec une surreprésentation de moins de 20 ans avec des indices de vieillissement entre 51 et 89 (638/1502)
- EQU : communes présentant un rapport équilibré entre les deux populations avec des indices de vieillissement compris entre 90 et 110 (112/1502)
- VIEUX : communes avec une surreprésentation de la population de plus de 60 ans avec des indices de vieillissement entre 111 et 148 (92/1502)
- VIEUX + : communes avec une surreprésentation de la population de plus de 60 ans très importante avec de indices de vieillissement entre 153 et 497 (73/1502)

B- Un indice socioprofessionnel

Dans le RGP, l'INSEE propose la répartition des actifs (+ de 15 ans) en 6 catégories socioprofessionnelles principales :

- Agriculteurs
- Artisans-Commerçants-Chefs d'entreprises
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Chômeurs

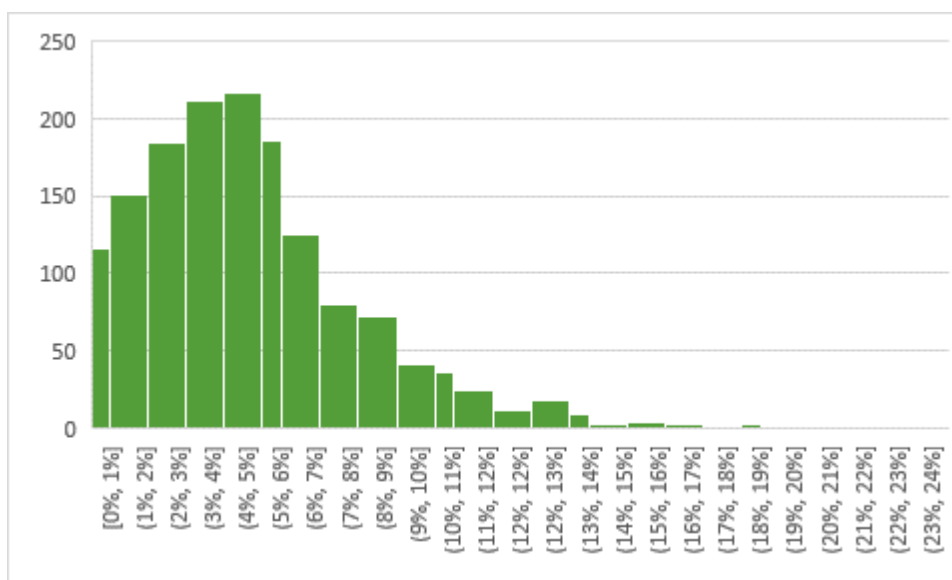
Comme pour des raisons de pertinence et de lisibilité des résultats nous ne pouvons pas conserver la totalité de ses variables, nous choisissons de n'en garder que 2. On conserve Ouvriers et Cadres et professions intellectuelles supérieures qui caractérisent deux classes socioprofessionnelles bien distinctes. Le RGP fournit des relevés de population, on a donc le nombre de personnes dans chacune de ces catégories. Afin de pouvoir comparer les petites aux grosses communes on a exprimé ces populations en termes de pourcentage de la population active.

Il s'agit maintenant de discrétiser ces données pour en faire des données catégorielles. On traite les deux CSP séparément, pour obtenir 2 nouvelles variables.

L'histogramme de fréquence de la distribution du pourcentage professions intellectuelles supérieures (Fig.9) montre deux paliers autour desquels nous construisons les modalités de notre nouvelle variable :

- PROF - : communes avec moins de 5% de professions intellectuelles supérieures
- PROF + : communes avec entre 5 et 7 % de professions intellectuelles supérieures
- PROF ++ : communes avec plus de 8% de professions intellectuelles supérieures

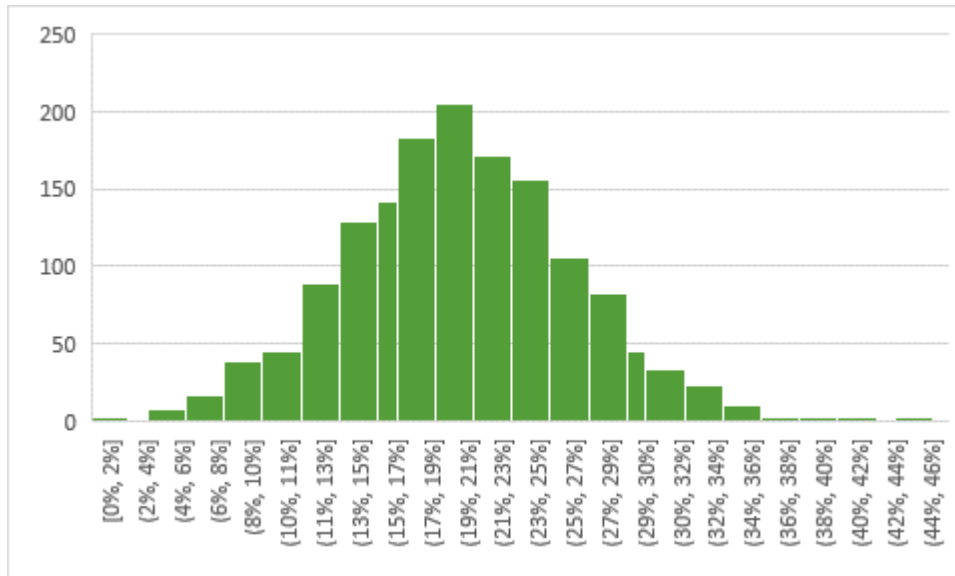
Figure 9: histogramme de fréquence - cadres et professions intellectuelles supérieures



L'histogramme de fréquence du pourcentage d'ouvrier lui (Fig.10) montre trois paliers, base pour 4 nouvelles modalités :

- OUV -- : communes avec moins de 11% d'ouvriers
- OUV - : communes avec entre 12 et 19 % d'ouvriers
- OUV + : communes avec entre 20 et 29 % d'ouvriers
- OUV ++ : communes avec plus de 30 % d'ouvriers

Figure 10: histogramme de fréquence - ouvriers



c- Un indice en termes de Niveau de diplôme

De la même manière que pour les CSP, les données fournies par le RGP nous présente un nombre important de variables. En effet, sont présenter le nombre de personnes :

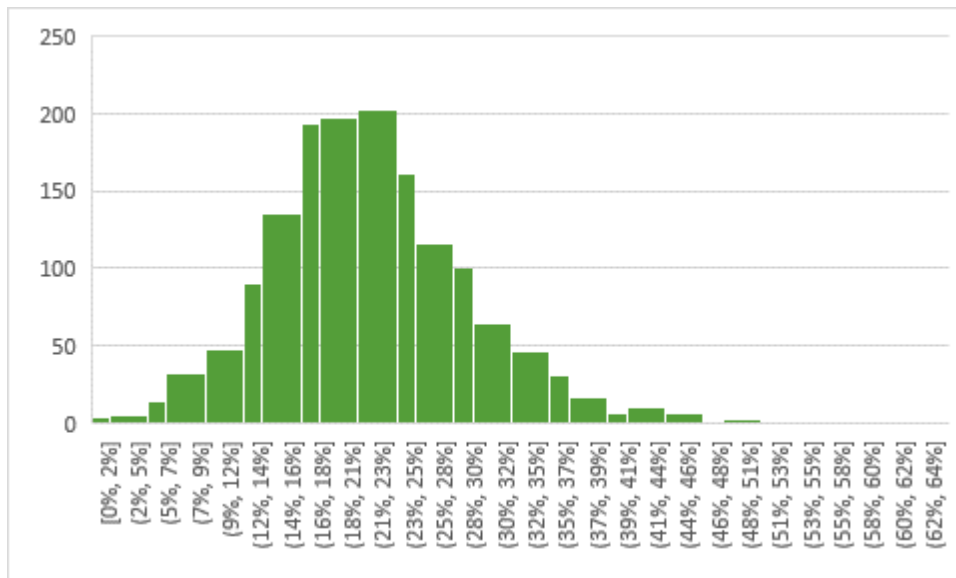
- Niveau VI : sans diplôme ou Brevet des collèges
- Niveau V : CAP ou BEP
- Niveau IV : Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- Niveau III : diplômes de niveau Bac plus 2 (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales, ...)
- Niveaux II et I : diplômes de second ou troisième cycle universitaire (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat) ou diplômes de grande école

Comme précédemment on ne conserve que les extrêmes, ici sans diplôme et diplôme universitaire que l'on exprime en pourcentage avant de procéder à la discrétisation.

La figure 11 montre des paliers à 13, 18, 23 et 30 dans les fréquences de pourcentage de personnes ayant un diplôme universitaire. Cela nous donne donc 5 modalités :

- DUNIV -- : communes dont moins de 12% de la population a un diplôme universitaire
- DUNIV- : communes dont entre 13 et 18 % de la population a un diplôme universitaire
- DUNIV : communes dont entre 19 et 23 % de la population a un diplôme universitaire
- DUNIV + : communes dont entre 24 et 30 % de la population a un diplôme universitaire
- DUNIV ++ : communes dont plus de 31% de la population a un diplôme universitaire

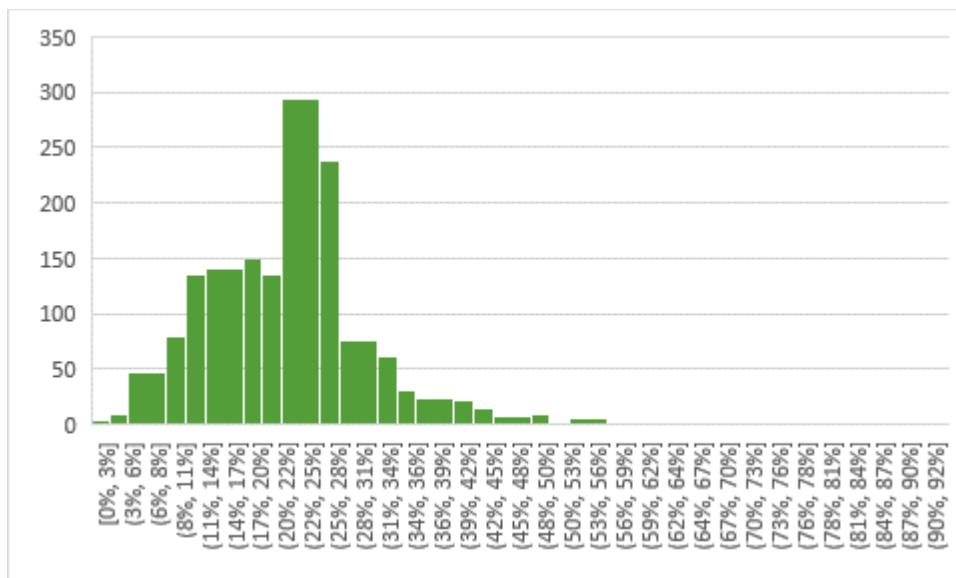
Figure 11 : histogramme de fréquence - diplôme universitaire



En ce qui concerne les personnes n'ayant aucun diplôme on distingue des paliers à 11 , 22 et 28 soit :

- AUCDIP -- : communes dont moins de 11% de la population n'a pas de diplomes
- AUCDIP - : communes dont entre 12 et 22% de la population n'a pas de diplomes
- AUCDIP + : communes dont entre 23 et 28 % de la population n'a pas de diplomes
- AUCDIP ++ : communes dont plus de 29 % de la population n'a pas de diplomes

Figure 12 : histogramme de fréquence - aucun diplôme



D- Une indication sur les équipements : services publics et hospitaliers

Pour cet aspect nous avons choisi de nous intéresser à deux types d'équipements : les équipements de services aux particuliers et les établissements hospitaliers.

Les services aux particuliers recouvrent un champ d'activités qui va du commerce à l'administration. Ils sont intéressants pour nous car ils illustrent la possibilité d'avoir accès à des services « de bases » en proximité. Afin de savoir quels sont les services disponibles dans chaque commune de la région, on se reporte à la base permanente des équipements (INSEE; 2015). On fait le choix de ne conserver que les

services publics afin d'avoir un indicateur sur la répartition des services administratifs disponibles. On obtient alors une base de données signalant la présence de :

- Police, Gendarmerie, Cour d'appel, Tribunal de grande instance, Tribunal d'instance, Conseil de prud'hommes, Tribunal de commerce, Réseau spécialisé Pôle Emploi, DGFIP, DRFiP, DDFiP, Réseau de proximité Pôle Emploi, Réseau partenarial Pôle Emploi

On fait ensuite la somme des équipements présents par commune pour pouvoir créer nos catégories tel que :

- SERVPUB0 : les communes ne présentant des services publics
- SERVPUB1 : les communes ne présentant qu'une structure de services publics
- SERVPUB2 : les communes présentant plus d'une structure de services publics

L'étude porte sur le « bien vieillir », par conséquent, il est intéressant d'avoir un indicateur sur la présence d'établissements de santé. Pour cela on se reporte au répertoire FINESS (FINESS ; 2016) à partir duquel on extrait la liste d'établissements hospitaliers sur la région en les associant à leur commune d'appartenance. Notre base de données localise donc les :

- Centres Hospitaliers Régionaux
- Centre Hospitalier
- Centres Hospitaliers Spécialisés Lutte Maladies Mentales
- Centres de Lutte contre le Cancer
- Hôpitaux Locaux
- Etablissements de santé privée autorisés en SSR
- Etablissements de Soins de Longue Durée
- Etablissements de Soins de Courte Durée
- Autres Etablissements de Lutte contre les Maladies Mentales

Comme précédemment on fait la somme par commune pour définir nos catégories :

- SERVHOSP0 : communes sans établissement hospitalier
- SERVHOSP1 : communes avec 1 établissement hospitalier
- SERVHOSP2 : communes avec plus d'un établissement hospitalier

E- Une information sur le type de territoire

Pour cette dernière variable on se rapporte au découpage des communes en unité urbaine de l'INSEE. Une unité urbaine se définit comme un « espace présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants (INSEE ; 2016) ». Ce découpage définit 4 catégories, dont les 3 premières sont des communes urbaines :

- VILLE ISOLEE : unité urbaine constituer d'une seule commune
- CENTRE : « noyau » de l'aire urbaine
- BANLIEUE : communes constitutives de la couronne périurbaine
- RURAL : communes ne composant pas une unité urbaine

IV – Typologie de territoires

Analyse sur toutes les communes de la région

A- L'ACM

Choix des axes

Le logiciel nous donne le tableau 11 présentant les 23 axes explicatifs de la répartition de notre distribution. Pour déterminer les axes significatifs, nous procédons au calcul $1/n$ ou n nombre de modalités = 8 soit 0.125. Etape qui nous permet d'identifier 10 axes principaux qui expliquent 63,15% de la répartition. Ici encore, le nombre d'axes est trop important pour nous permettre de conduire une analyse pertinente. Nous choisissons alors de concentrer l'analyse sur les 3 axes principaux. Ceux-ci ont des valeurs propres supérieures à 0,20 et expliquent 28,26% de la distribution.

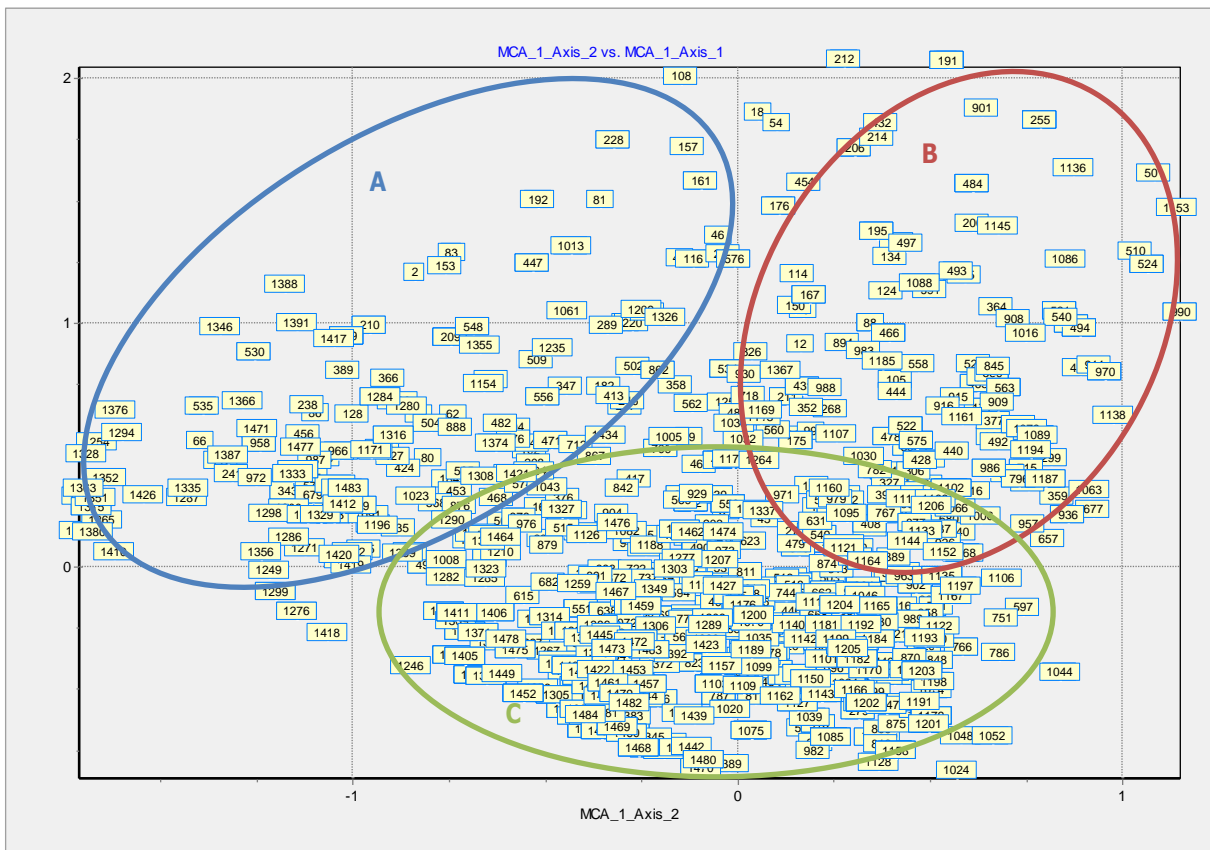
Tableau 11 : valeurs propres - communes

Axes	Valeurs propres	% expliqué	% cumulé
1	0,340893	11,86%	11,86%
2	0,265576	9,24%	21,09%
3	0,205929	7,16%	28,26%
4	0,191498	6,66%	34,92%
5	0,153211	5,33%	40,25%
6	0,143731	5,00%	45,25%
7	0,132322	4,60%	49,85%
8	0,130323	4,53%	54,38%
9	0,126191	4,39%	58,77%
10	0,12583	4,38%	63,15%
11	0,118702	4,13%	67,28%
12	0,117408	4,08%	71,36%
13	0,112628	3,92%	75,28%
14	0,103031	3,58%	78,86%
15	0,100211	3,49%	82,35%
16	0,091987	3,20%	85,55%
17	0,089343	3,11%	88,65%
18	0,080333	2,79%	91,45%
19	0,06305	2,19%	93,64%
20	0,056971	1,98%	95,62%
21	0,051306	1,78%	97,41%
22	0,046177	1,61%	99,01%
23	0,02835	0,99%	100,00%

En observant la représentation graphique de notre population dans un référentiel Axe 2 / Axe 1 on semble identifier 3 groupes distincts (Fig.13).

- Groupe A : Dans le coin supérieur gauche du graphique avec des coordonnées positives sur l'axe et des coordonnées négatives sur l'axe 2.
- Groupe B : Dans le coin supérieur droit du graphique avec des coordonnées positives sur l'axe 1 et positives sur l'axe 2.
- Groupe C : Dans la bande inférieure du graphique avec des coordonnées négatives sur l'axe 1.

Figure 13 : nuage de point de la répartition des communes sur les axes 1 & 2



Analyse de modalités

Il faut maintenant interpréter les axes via une analyse des modalités. On se base sur le tableau ... afin d'identifier les corrélations significatives sur chaque axe en relevant les modalités dont les valeurs-tests sont supérieures à 2.

- AXE 1 : DUniv ++ ; DUniv ++ ; PROF ++ ; Ville isolée ; CENTRE ; Banlieue ; Ouv - ; Ouv -- ; AucDip - ; AucDip -- ; ServHosp 2 ; ServPub 1 ; ServPub2 ; Jeune +
- AXE 2 : DUniv ++ ; DUniv -- ; Prof ++ ; Rural ; Banlieue ; Ouv-- ; Ouv ++ ; AucDip - ; AucDip - ; ServHops1 ; ServPub0 ; Jeune + ; Jeune
- AXE 3 : DUniv ++ ; Prof ++ ; Prof - ; Rural ; Banlieue ; Ouv - ; AugDip-- ; AugDip + ; ServHops0 ; ServPub0 ; Equ; Vieux; Vieux +

On remarque que la plupart de nos correspondances sont supérieures à 4 à l'exception de : Prof + sur axe 1 ; Banlieue et Jeune + sur axe 2 ; Prof - et Rural sur l'axe 3. Cette approche permet d'identifier les critères constitutifs de chaque axe.

Par exemple, il est possible d'en déduire que l'axe 1 regroupe essentiellement des milieux urbains bien équipés en termes d'équipements hospitaliers et publics, avec une population qui se caractérise par des diplômes relativement élevés et appartenant plutôt à la catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures. Néanmoins cela ne nous permet pas de voir les oppositions sur l'axe, c'est pourquoi nous devons compléter notre analyse par une identification des corrélations négatives et positives les plus importantes. Ainsi :

- L'axe 1 oppose DUniv ++ et Prof ++ en corrélation positive à Prof- et Rural en corrélation négative.
- L'axe 2 quant à lui oppose ServHosp0 et ServPub0 en positif à ServHosp2 et AucDip+ en négatif.
- Enfin l'axe 3 oppose EQU et AucDip+ en positif et AucDip- et Prof + en négatif.

Tableau 12 : Analyse des modalités - communes

VARIABLES ACTIVES	EFFECTIFS	DISTANCES C	COMPOSANTE PRINCIPALES			CONTRIBUTIONS			CORRELATIONS			VALEURS TEST		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
DUNIV	20	2,7	0,56194	0,14669	0,44427	2,784	0,254	2,486	0,34	0,08	0,27	2,922	0,763	2,31
DUNIV-	13	4,6923	0,64453	0,77946	-0,40152	2,381	4,666	1,32	0,29	0,35	-0,18	2,542	3,074	-1,584
DUNIV++	13	4,6923	-1,63953	0,49362	-0,76353	15,406	1,871	4,773	-0,75	0,22	-0,35	-6,467	1,947	-3,012
DUNIV+	26	1,8462	-0,06317	-0,90496	0,20933	0,046	12,58	0,717	-0,04	-0,66	0,15	-0,397	-5,691	1,316
DUNIV--	2	36	1,66925	2,02256	0,40882	2,457	4,834	0,21	0,27	0,33	0,07	2,377	2,88	0,582
AUCDIP+	19	2,8947	0,27533	-0,76155	-0,78486	0,635	6,51	7,37	0,16	-0,44	-0,46	1,383	-3,824	-3,941
AUCDIP++	17	3,3529	1,00546	0,91411	-0,28674	7,577	8,392	0,88	0,54	0,49	-0,15	4,692	4,265	-1,338
AUCDIP-	31	1,3871	-0,26256	-0,30256	0,62405	0,942	1,677	7,602	-0,22	-0,25	0,53	-1,905	-2,195	4,527
AUCDIP--	7	9,5714	-2,02639	1,18701	0,06303	12,672	5,827	0,018	-0,65	0,38	0	-5,596	3,278	0,174
PROF-	32	1,3125	0,69404	0,53303	-0,36064	6,796	5,372	2,621	0,60	0,50	-0,31	5,176	3,975	-2,69
PROF++	20	2,7	-1,25746	0,03616	-0,05971	13,942	0,015	0,045	-0,76	0	-0,03	-6,538	0,188	-0,31
PROF+	22	2,3636	0,13364	-0,8082	0,57884	0,173	8,49	4,642	0,08	-0,52	0,37	0,743	-4,491	3,217
OUV+	17	3,3529	0,55763	0,43864	0,61053	2,331	1,932	3,99	0,30	0,23	0,33	2,602	2,047	2,849
OUV-	48	0,5417	0,10424	-0,37	-0,04967	0,23	3,882	0,075	0,14	-0,5	-0,07	1,21	-4,295	-0,577
OUV--	9	7,2222	-1,60927	1,14481	-0,88835	10,276	6,969	4,473	-0,59	0,42	-0,33	-5,116	3,64	-2,824
EQU	4	17,5	0,31254	-1,41808	-0,45488	0,172	4,752	0,521	0,07	-0,33	-0,10	0,638	-2,896	-0,929
JEUN	27	1,7407	0,56513	0,5719	0,14474	3,802	5,217	0,356	0,42	0,43	0,10	3,66	3,704	0,937
JEUN+	38	0,9474	-0,43659	-0,10373	0,17126	3,193	0,242	0,702	-0,44	-0,10	0,17	-3,832	-0,911	1,503
VIEUX	3	23,6667	0,27514	-1,46972	-1,53008	0,1	3,829	4,423	0,05	0,30	-0,31	-0,483	-2,581	-2,687
VIEUX+	2	36	-0,37187	-0,7091	-2,00318	0,122	0,594	5,054	-0,06	-0,11	-0,33	-0,53	-1,01	-2,853
SERVHOSP2	3	0,0423	0,01003	-0,01212	-0,12548	0,003	0,006	0,704	0,04	-0,05	-0,61	0,417	-0,504	-5,215
SERVHOSP1	71	23,6667	-0,23749	0,28688	2,96958	0,075	0,146	16,66	-0,04	0,05	0,61	-0,417	0,504	5,215
SERV PUB0	20	2,7	-0,09663	-0,13633	0,97271	0,082	0,22	11,917	-0,05	-0,08	0,59	-0,502	-0,709	5,058
SERV PUB1	17	3,3529	-0,50737	0,27531	-0,11016	1,929	0,761	0,13	-0,27	0,15	-0,06	-2,367	1,285	-0,514
SERV PUB2	37	1	0,28535	-0,0528	-0,47518	1,328	0,061	5,261	0,28	-0,05	-0,47	2,438	-0,451	-4,06
VILLE ISOLEE	25	1,96	0,41677	-0,52766	-0,33438	1,914	4,112	1,76	0,29	-0,37	-0,23	2,543	-3,22	-2,041
BANLIEUE	21	2,5238	-0,86092	0,18892	0,50712	6,862	0,443	3,401	-0,54	0,11	0,31	-4,63	1,016	2,727
CENTRE	18	3,1111	0,07862	-0,0615	-0,57664	0,049	0,04	3,769	0,04	-0,03	-0,32	0,381	-0,298	-2,793
TYP_INS RURAL	10	6,4	0,6245	1,03311	0,80896	1,719	6,306	4,121	0,24	0,40	0,31	2,109	3,489	2,732

En se reportant à nos groupes on peut formuler les hypothèses suivantes quant à leurs caractéristiques.

- Le groupe A avec des coordonnées positives sur l'axe 1 présenterait des territoires avec une population importante ayant un diplôme universitaire et exerçant des professions intellectuelles supérieures. Tout en étant via ses coordonnées négatives sur l'axe 2 composé de territoires bien desservis en termes de services hospitaliers et qui présentent peu de personnes sans diplômes. Ces caractéristiques nous permettent de supposer que les communes du groupe 1 seraient principalement des communes urbaines à métropolitaines.
- Le groupe B aurait les mêmes caractéristiques que le groupe 1, en ce qui concerne les diplômes universitaires et les professions intellectuelles supérieures puisqu'il est également en positif sur l'axe 1. Mais ses territoires disposeraient de peu de services publics ou hospitaliers. Ceux-ci ont des caractéristiques semblables aux communes de type ville isolée avec beaucoup de « navetteurs ».
- Enfin, le groupe C avec des coordonnées négatives sur l'axe 1 regrouperait des communes de milieu rural avec peu de professions intellectuelles supérieures.

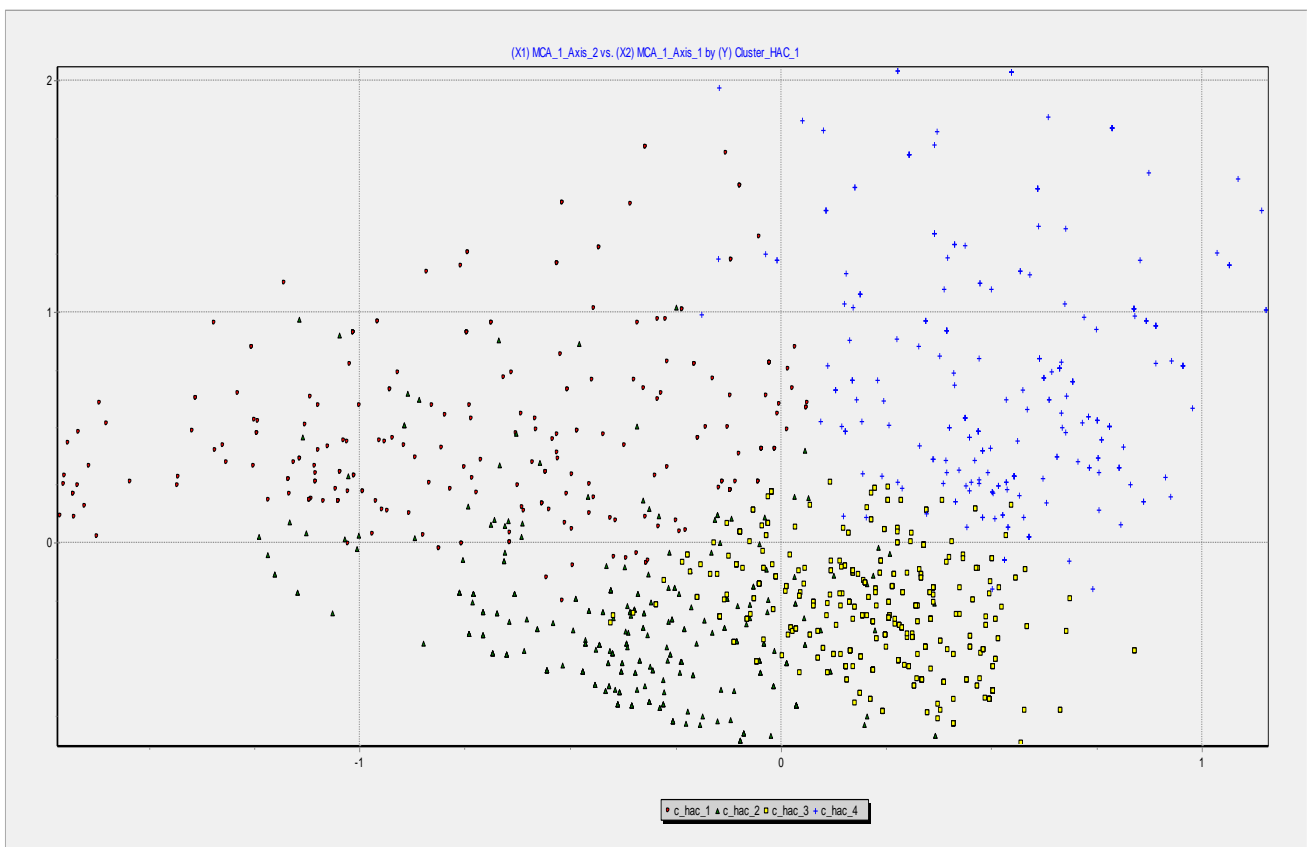
B- La CAH

Cette classification permet d'identifier de grandes orientations de classement, néanmoins se baser uniquement sur le type (rural/urbain) est trop minimaliste pour illustrer la diversité des territoires que l'on a pourtant souhaité conserver dans l'analyse.

C'est pourquoi nous approfondissons nos données à l'aide d'une CAH. Le logiciel effectue une détection en « Best-Clustering » à 4 catégories.

- Groupe 1 : 240 communes soit 16,8%
- Groupe 2 : 326 communes soit 22%.
- Groupe 3 : 643 communes soit 43,3%
- Groupe 4 : 265 communes soit 17,9%.

Figure 14 : Nuage de point de la répartition des communes sur les axes 1 & 2 par groupes de la CAH



L'analyse du tableau suivant nous permet de caractériser nos groupes tel que :

- Les caractéristiques principales du groupe 1 sont : ville isolée ; ServPub2 ; ServHops2 ; Centre ; ServPub1.

Ce groupe semble, rassembler des territoires de milieux urbains bien équipés en services. Par conséquent, on en déduit que cette catégorie regroupe les grands centres urbains et les villes secondaires, isolées.

- Les caractéristiques principales du groupe 2 sont : AucDip+ ; Equ ; Vieux+ ; Vieux.

On est ici en présence de communes avec une forte population vieillissante et peu diplômée. Dans ce cas, on suppose des territoires ruraux vieillissants.

- Les caractéristiques principales du groupe 3 sont : Rural ; Jeune ; ServPub0 ; Ouv+.

Ce groupe se composerait de territoires ruraux plutôt jeunes avec peu de services soit des territoires agricoles.

- Enfin, le groupe 4, ce caractérise par : Prof++ ; DUniv++ ; AucDip-- ; Ouv-- ; Banlieue ; Jeune+. Le profil des communes de ce groupe, semble être « périurbain dynamique » ce qui correspondrait aux bordures des grands centres urbains. (Logement des classes supérieures et travail en ville).

Tableau 13 : répartition des modalités par groupes de la CAH

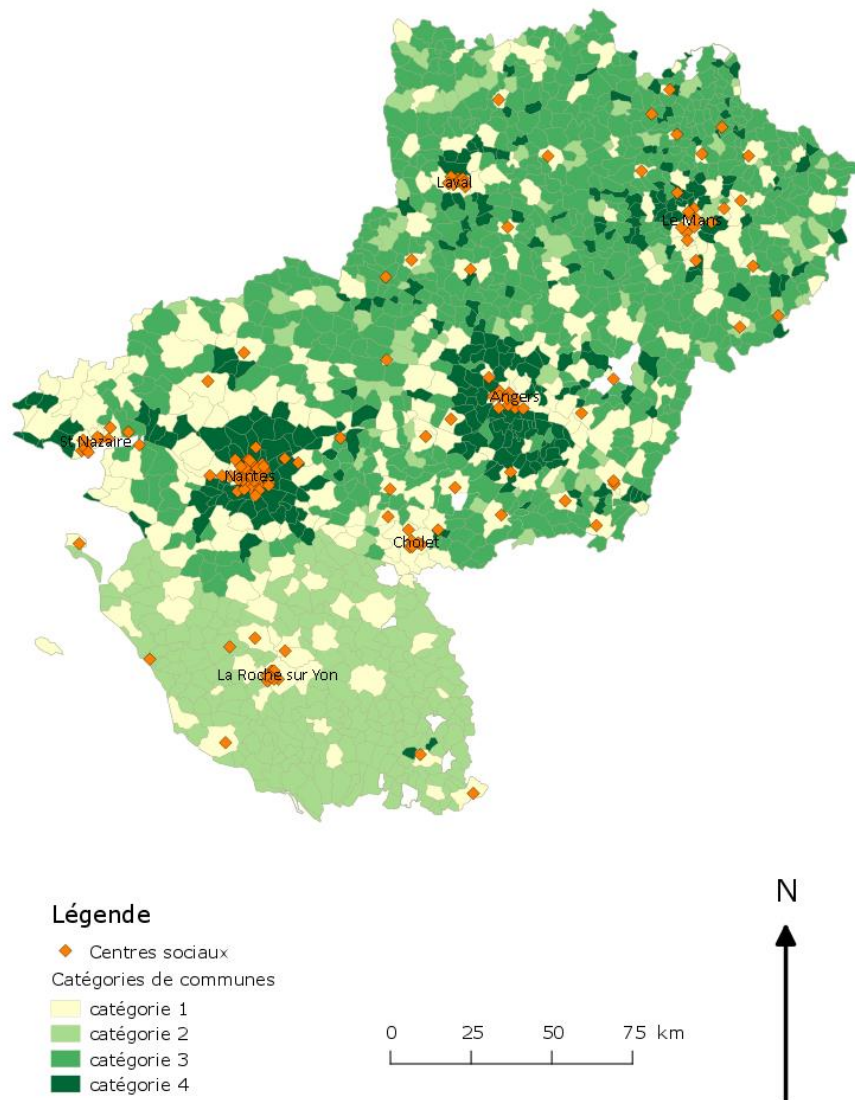
modalite	Cluster_HAC_1=c_hac_1			Cluster_HAC_1=c_hac_2			Cluster_HAC_1=c_hac_3			Cluster_HAC_1=c_hac_4					
	Test value	Group	Overall	modalite	Test value	Group	Overall	modalite	Test value	Group	Overall	modalite	Test value	Group	Overall
VILLE ISOLEE	21,58	[86,3 %]	8,40%	AUCDIP+	32,63	[78,0 %]	28,20%	RURAL	15,89	[54,3 %]	77,50%	PROF++	25,8	[77,0 %]	15,80%
SERV PUB2	20,77	[88,9 %]	7,30%	EQU	16,94	[85,7 %]	7,50%	JEUN	14,31	[64,7 %]	42,60%	DUNIV++	23,65	[83,0 %]	11,50%
SERVHOSP2	20,52	[41,6 %]	39,40%	VIEUX+	15,22	[94,4 %]	4,90%	AUCDIP-	13,02	[61,8 %]	45,10%	AUCDIP--	21,75	[82,1 %]	10,20%
CENTRE	14,25	[75,6 %]	5,30%	VIEUX	14,24	[81,5 %]	6,20%	AUCDIP++	12,11	[78,4 %]	16,50%	OUV--	13,85	[66,1 %]	7,50%
SERV PUB1	13,99	[69,1 %]	6,30%	PROF-	9,8	[31,6 %]	54,60%	SERV PUB0	11,38	[49,1 %]	86,40%	BANLIEUE	10,1	[50,0 %]	8,90%
OUV-	9,75	[28,5 %]	40,00%	SERV PUB0	6,1	[24,6 %]	86,40%	OUV+	10,42	[57,8 %]	46,20%	JEUN+	9,06	[29,2 %]	38,80%
DUNIV+	7,37	[29,5 %]	24,20%	RURAL	5,46	[25,1 %]	77,50%	SERVHOSPO	8,32	[55,2 %]	44,90%	DUNIV+	5,68	[27,9 %]	24,20%
PROF+	6,57	[26,7 %]	29,50%	DUNIV-	4,61	[30,2 %]	26,80%	PROF-	7,95	[52,7 %]	54,60%	OUV-	4,55	[23,4 %]	40,00%
JEUN+	6,54	[24,8 %]	38,80%	DUNIV	3,56	[28,0 %]	28,90%	DUNIV--	7,3	[74,0 %]	8,60%	SERV PUB0	3,77	[19,3 %]	86,40%
BANLIEUE	2,38	[24,2 %]	8,90%	SERVHOSPO	3,21	[25,8 %]	44,90%	DUNIV-	7,28	[58,8 %]	26,80%	AUCDIP-	1,41	[19,4 %]	45,10%
DUNIV	2,1	[20,0 %]	28,90%	OUV+	2,58	[25,0 %]	46,20%	SERVHOSP1	5,33	[59,2 %]	15,70%	SERVHOSP1	1	[20,2 %]	15,70%
AUCDIP-	1,83	[18,8 %]	45,10%	OUV++	0,41	[23,7 %]	6,30%	OUV++	4,69	[66,7 %]	6,30%	SERVHOSP0	0,94	[18,9 %]	44,90%
AUCDIP++	1,63	[20,4 %]	16,50%	OUV--	-0,14	[21,4 %]	7,50%	DUNIV	2,56	[48,5 %]	28,90%	SERV PUB1	-1,33	[12,8 %]	6,30%
VIEUX	-0,14	[16,3 %]	6,20%	DUNIV--	-0,87	[18,9 %]	8,60%	PROF+	1,86	[47,0 %]	29,50%	SERVHOSP2	-1,7	[15,8 %]	39,40%
AUCDIP+	-0,37	[16,3 %]	28,20%	SERVHOSP1	-1,58	[18,0 %]	15,70%	JEUN+	-1,67	[40,6 %]	38,80%	CENTRE	-1,8	[10,3 %]	5,30%
EQU	-0,75	[14,3 %]	7,50%	CENTRE	-2	[12,8 %]	5,30%	DUNIV+	-6,3	[29,0 %]	24,20%	OUV++	-2,41	[8,6 %]	6,30%
PROF++	-1,06	[14,5 %]	15,80%	SERVHOSP2	-2,09	[19,2 %]	39,40%	SERV PUB1	-6,39	[11,7 %]	6,30%	JEUN	-2,45	[15,0 %]	42,60%
VIEUX+	-2,62	[5,6 %]	4,90%	BANLIEUE	-2,42	[13,6 %]	8,90%	BANLIEUE	-7,58	[12,1 %]	8,90%	PROF+	-3,45	[12,6 %]	29,50%
OUV--	-3,38	[5,4 %]	7,50%	OUV-	-2,75	[18,4 %]	40,00%	VIEUX+	-7,6	[0,0 %]	4,90%	RURAL	-3,46	[16,0 %]	77,50%
DUNIV++	-3,43	[7,6 %]	11,50%	SERV PUB1	-3,77	[6,4 %]	6,30%	AUCDIP--	-7,7	[13,9 %]	10,20%	VILLE ISOLEE	-3,71	[5,6 %]	8,40%
DUNIV-	-3,92	[10,6 %]	26,80%	VILLE ISOLEE	-4,13	[7,3 %]	8,40%	CENTRE	-7,7	[1,3 %]	5,30%	SERV PUB2	-3,73	[4,6 %]	7,30%
OUV++	-4,2	[1,1 %]	6,30%	DUNIV+	-4,37	[13,6 %]	24,20%	OUV--	-8,03	[7,1 %]	7,50%	DUNIV--	-4,04	[4,7 %]	8,60%
AUCDIP--	-4,46	[4,0 %]	10,20%	SERV PUB2	-4,52	[4,6 %]	7,30%	OUV-	-8,59	[29,8 %]	40,00%	VIEUX	-4,05	[2,2 %]	6,20%
DUNIV--	-4,56	[2,4 %]	8,60%	DUNIV++	-4,82	[7,6 %]	11,50%	VIEUX	-8,66	[0,0 %]	6,20%	VIEUX+	-4,05	[0,0 %]	4,90%
JEUN	-4,83	[11,4 %]	42,60%	PROF+	-4,98	[13,7 %]	29,50%	SERV PUB2	-9,03	[1,9 %]	7,30%	EQU	-5,13	[0,0 %]	7,50%
PROF-	-5,24	[12,2 %]	54,60%	AUCDIP--	-6,88	[0,0 %]	10,20%	EQU	-9,62	[0,0 %]	7,50%	AUCDIP++	-7,44	[1,2 %]	16,50%
OUV+	-5,76	[10,8 %]	46,20%	PROF++	-7,15	[4,3 %]	15,80%	VILLE ISOLEE	-9,98	[0,8 %]	8,40%	DUNIV	-9,21	[3,5 %]	28,90%
SERVHOSP1	-6,34	[2,6 %]	15,70%	AUCDIP++	-9,09	[0,0 %]	16,50%	DUNIV++	-11,66	[1,8 %]	11,50%	AUCDIP+	-10,04	[1,9 %]	28,20%
SERVHOSPO	-15,52	[0,1 %]	44,90%	JEUN	-10,5	[8,9 %]	42,60%	SERVHOSP2	-12,44	[23,5 %]	39,40%	DUNIV-	-10,56	[0,5 %]	26,80%
RURAL	-23,53	[4,5 %]	77,50%	JEUN+	-12,29	[5,4 %]	38,80%	PROF++	-13,17	[4,3 %]	15,80%	OUV+	-10,64	[6,4 %]	46,20%
SERV PUB0	-25,67	[6,9 %]	86,40%	AUCDIP-	-18,54	[0,0 %]	45,10%	AUCDIP+	-19,22	[3,8 %]	28,20%	PROF-	-15,76	[3,6 %]	54,60%

Afin de confirmer ou d'infirmer ces interprétations on se reporte à la carte en figure 15.

On voit clairement la répartition du groupe 1 sur le maillage urbain. Le groupe 2 est essentiellement présent en Vendée où il recouvre la majorité de la superficie du département. Le groupe 3 couvre la quasi-totalité des espaces ruraux exceptés pour la Vendée, et correspond alors à notre hypothèse sur les territoires agricoles.

Enfin le groupe 4 regroupe les couronnes urbaines autour des préfectures.

Figure 15 : répartition spatiale des communes par catégorie



Afin de comprendre quels territoires appellent quels types de centres sociaux on attribue à chaque centre social le numéro de la catégorie à laquelle appartient sa commune.

Cependant, on constate une surreprésentation de la catégorie 1. En effet, la distribution des catégories de territoires sur les CSX nous donne la répartition suivante :

- Catégorie 1 : 102/140 centres.
- Catégorie 2 : 3/140 centres
- Catégorie 3 : 4/140 centres
- Catégorie 4 : 31/140 centres

Cette répartition nous apprend que les territoires de centre sont principalement des territoires urbains. Bien que ce soit une conclusion importante il est nécessaire d'obtenir un panel plus varié, c'est pourquoi nous procédons à une nouvelle analyse en ne prenant en compte que les communes où il y a la présence d'un centre social.

Analyse des communes des CSX

On reprend donc notre tableau de base des communes mais on ne conserve que les communes dotées d'un centre social. On obtient au final 74 communes. De plus, on remarque que l'on perd deux modalités : ServHosp0 et Ouv ++.

A- ACM

On fait donc notre ACM qui nous donne les axes présentés en tableau 14. Une fois encore, nous retenons que les 3 axes principaux.

Tableau 14 : valeurs propres – communes CSX

Axes	Valeurs propres	% expliqué	% cumulé
1	0,383147	14,60%	14,60%
2	0,285917	10,89%	25,49%
3	0,268242	10,22%	35,71%
4	0,209787	7,99%	43,70%
5	0,191402	7,29%	50,99%
6	0,167985	6,40%	57,39%
7	0,152862	5,82%	63,21%
8	0,140169	5,34%	68,55%
9	0,134433	5,12%	73,67%
10	0,109339	4,17%	77,84%
11	0,107092	4,08%	81,92%
12	0,091187	3,47%	85,39%
13	0,072509	2,76%	88,16%
14	0,06853	2,61%	90,77%
15	0,058964	2,25%	93,01%
16	0,048502	1,85%	94,86%
17	0,040537	1,54%	96,40%
18	0,03114	1,19%	97,59%
19	0,028732	1,09%	98,68%
20	0,022302	0,85%	99,53%
21	0,012223	0,47%	100,00%

L'analyse des modalités effectuée à partir du tableau 15 nous permet d'identifier les oppositions d'axes suivantes :

- axe 1, opposant Prof- et AucDip ++ à Prof ++ à DUniv ++.
- axe 2 opposant AucDip ++ et Prof- à DUniv + et Prof-.
- axe 3 opposant ServHosp1 et ServPub0 à AucDip+ et ServPub2

Il est intéressant de noter que les caractéristiques principales de distribution de cette nouvelle analyse sont des considérations socioprofessionnelles. On peut donc comprendre la répartition dans un référentiel axe2/axe1 comme :

- Coin inférieur gauche : CSP –
- Coin supérieur droit : CSP +
- Les coins supérieurs gauche et inférieur droit : Classe moyenne

Tableau 15 : analyse des modalités - communes CSX

VARIABLE ACTIVES	EFFECTIFS	DISTANCES C	COMPOSANTE PRINCIPALES			CONTRIBUTIONS			CORRELATIONS			VALEURS TEST		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
DUNIV	20	2,7	0,56194	0,14669	0,44427	2,784	0,254	2,486	0,34	0,08	0,27	2,922	0,763	2,31
DUNIV-	13	4,6923	0,64453	0,77946	-0,40152	2,381	4,666	1,32	0,29	0,35	-0,18	2,542	3,074	-1,584
DUNIV++	13	4,6923	-1,63953	0,49362	-0,76353	15,406	1,871	4,773	-0,75	0,22	-0,35	-6,467	1,947	-3,012
DUNIV+	26	1,8462	-0,06317	-0,90496	0,20933	0,046	12,58	0,717	-0,04	-0,66	0,15	-0,397	-5,691	1,316
DUNIV--	2	36	1,66925	2,02256	0,40882	2,457	4,834	0,21	0,27	0,33	0,07	2,377	2,88	0,582
AUCDIP+	19	2,8947	0,27533	-0,76155	-0,78486	0,635	6,51	7,37	0,16	-0,44	-0,46	1,383	-3,824	-3,941
AUCDIP++	17	3,3529	1,00546	0,91411	-0,28674	7,577	8,392	0,88	0,54	0,49	-0,15	4,692	4,265	-1,338
AUCDIP-	31	1,3871	-0,26256	-0,30256	0,62405	0,942	1,677	7,602	-0,22	-0,25	0,53	-1,905	-2,195	4,527
AUCDIP--	7	9,5714	-2,02639	1,18701	0,06303	12,672	5,827	0,018	-0,65	0,38	0	-5,596	3,278	0,174
PROF-	32	1,3125	0,69404	0,53303	-0,36064	6,796	5,372	2,621	0,60	0,50	-0,31	5,176	3,975	-2,69
PROF++	20	2,7	-1,25746	0,03616	-0,05971	13,942	0,015	0,045	-0,76	0	-0,03	-6,538	0,188	-0,31
PROF+	22	2,3636	0,13364	-0,8082	0,57884	0,173	8,49	4,642	0,08	-0,52	0,37	0,743	-4,491	3,217
OUV+	17	3,3529	0,55763	0,43864	0,61053	2,331	1,932	3,99	0,30	0,23	0,33	2,602	2,047	2,849
OUV-	48	0,5417	0,10424	-0,37	-0,04967	0,23	3,882	0,075	0,14	-0,5	-0,07	1,21	-4,295	-0,577
OUV--	9	7,2222	-1,60927	1,14481	-0,88835	10,276	6,969	4,473	-0,59	0,42	-0,33	-5,116	3,64	-2,824
EQU	4	17,5	0,31254	-1,41808	-0,45488	0,172	4,752	0,521	0,07	-0,33	-0,10	0,638	-2,896	-0,929
JEUN	27	1,7407	0,56513	0,5719	0,14474	3,802	5,217	0,356	0,42	0,43	0,10	3,66	3,704	0,937
JEUN+	38	0,9474	-0,43659	-0,10373	0,17126	3,193	0,242	0,702	-0,44	-0,10	0,17	-3,832	-0,911	1,503
VIEUX	3	23,6667	0,27514	-1,46972	-1,53008	0,1	3,829	4,423	0,05	0,30	-0,31	-0,483	-2,581	-2,687
VIEUX+	2	36	-0,37187	-0,7091	-2,00318	0,122	0,594	5,054	-0,06	-0,11	-0,33	-0,53	-1,01	-2,853
SERVHOSP2	3	0,0423	0,01003	-0,01212	-0,12548	0,003	0,006	0,704	0,04	-0,05	-0,61	0,417	-0,504	-5,215
SERVHOSP1	71	23,6667	-0,23749	0,28688	2,96958	0,075	0,146	16,66	-0,04	0,05	0,61	-0,417	0,504	5,215
SERVPU0	20	2,7	-0,09663	-0,13633	0,97271	0,082	0,22	11,917	-0,05	-0,08	0,59	-0,502	-0,709	5,058
SERVPU1	17	3,3529	-0,50737	0,27531	-0,11016	1,929	0,761	0,13	-0,27	0,15	-0,06	-2,367	1,285	-0,514
SERVPU2	37	1	0,28535	-0,0528	-0,47518	1,328	0,061	5,261	0,28	-0,05	-0,47	2,438	-0,451	-4,06
VILLE ISOLEE	25	1,96	0,41677	-0,52766	-0,33438	1,914	4,112	1,76	0,29	-0,37	-0,23	2,543	-3,22	-2,041
BANLIEUE	21	2,5238	-0,86092	0,18892	0,50712	6,862	0,443	3,401	-0,54	0,11	0,31	-4,63	1,016	2,727
CENTRE	18	3,1111	0,07862	-0,0615	-0,57664	0,049	0,04	3,769	0,04	-0,03	-0,32	0,381	-0,298	-2,793
TYP_INS	10	6,4	0,6245	1,03311	0,80896	1,719	6,306	4,121	0,24	0,40	0,31	2,109	3,489	2,732

B- CAH

On fait donc la CAH qui nous propose 4 catégories de territoire.

- Catégorie 1 : avec 20 territoires soit 27%.
- Catégorie 2 : 6 soit 8,1%
- Catégorie 3 : 25 pour 33,8%
- Catégorie 4 : 23 pour 31,1%.

L'étude du tableau 16 indique que l'on retrouve dans la catégorie 1 des territoires ruraux, jeunes et ouvriers. On suppose du rural agricole et/ou des territoires avec une dominante socioprofessionnelle dans la tranche inférieure. Pour la catégorie 2 on constate des professions intellectuelles supérieures aux diplômés élevés avec une population jeune. Soit des territoires urbains voir métropolitains. La catégorie 3 regroupe des villes isolées, bien équipées en termes de services publics mais principalement composées d'une population âgée. On suppose des villes secondaires et/ou avec une forte population de retraités. La catégorie 4 montre peu de non diplômés mais beaucoup de professions intellectuelles supérieures en banlieue. Des territoires avec peu de services publics et hospitaliers. On suppose des territoires de couronnes urbaines et des classes moyennes.

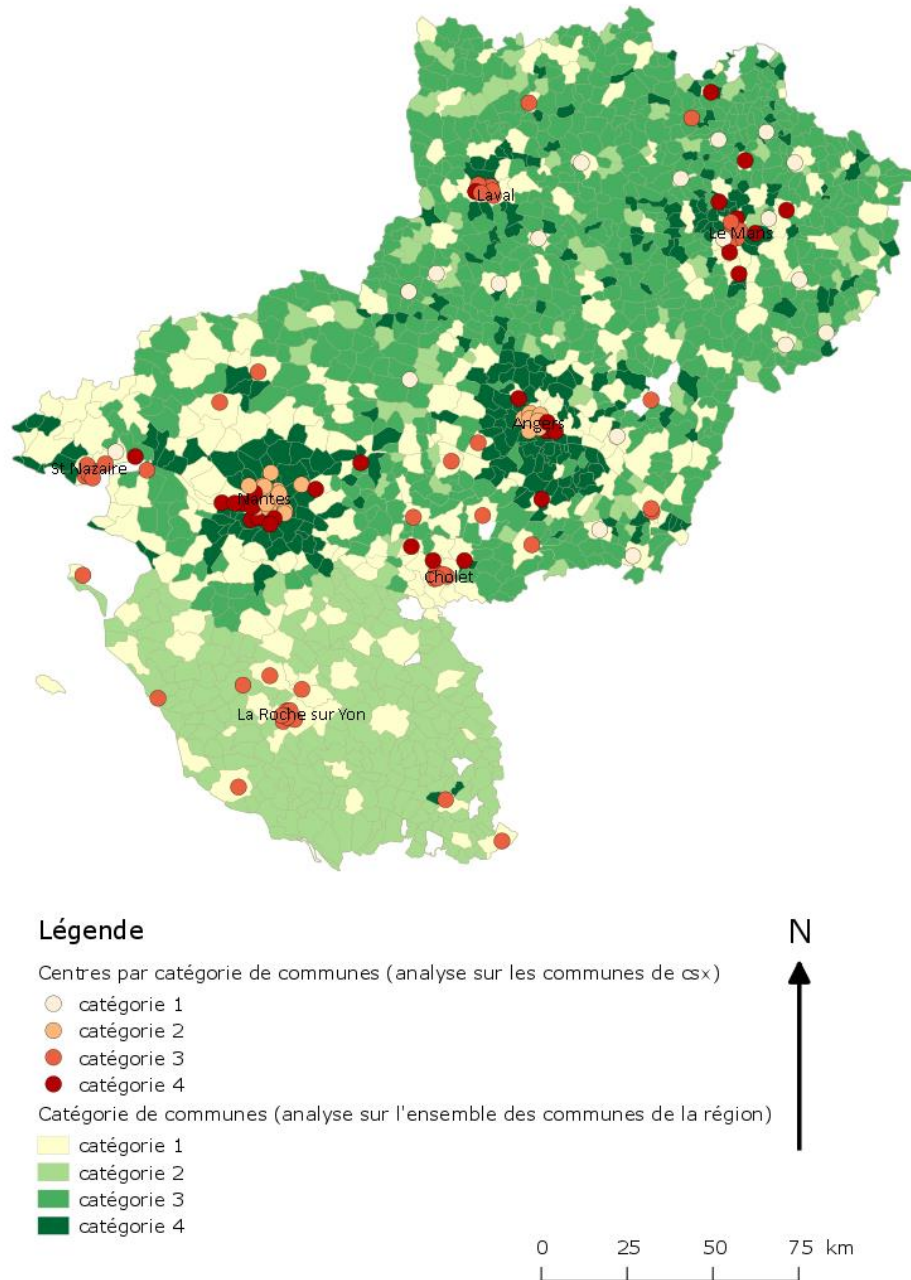
Tableau 16 : répartition des modalités par groupe

Cluster_HAC_1=c_hac_1				Cluster_HAC_1=c_hac_2				Cluster_HAC_1=c_hac_3				Cluster_HAC_1=c_hac_4			
modalité	Test value	Group	Overall	modalité	Test value	Group	Overall	modalité	Test value	Group	Overall	modalité	Test value	Group	Overall
AUCDIP++	6,43	[88,2 %]	23,00%	OUV--	6,82	[66,7 %]	12,20%	AUCDIP+	5,35	[84,2 %]	25,70%	AUCDIP-	4,74	[61,3 %]	41,90%
PROF-	5,43	[59,4 %]	43,20%	AUCDIP--	6,41	[71,4 %]	9,50%	VILLE ISOLEE	3,38	[60,0 %]	33,80%	BANLIEUE	4,69	[71,4 %]	28,40%
DUNIV-	4,43	[76,9 %]	17,60%	DUNIV++	5,5	[46,2 %]	17,60%	DUNIV+	3,18	[57,7 %]	35,10%	SERVPUB0	3,81	[65,0 %]	27,00%
JEUN	4,16	[55,6 %]	36,50%	PROF++	4,17	[30,0 %]	27,00%	EQU	2,86	[100,0 %]	5,40%	SERVHOSP1	2,62	[100,0 %]	4,10%
RURAL	2,51	[60,0 %]	13,50%	JEUN+	2,47	[15,8 %]	51,40%	SERVPUB2	2,69	[48,6 %]	50,00%	PROF+	1,73	[45,5 %]	29,70%
DUNIV--	2,34	[100,0 %]	2,70%	BANLIEUE	2,16	[19,0 %]	28,40%	VIEUX	2,46	[100,0 %]	4,10%	JEUN+	1,59	[39,5 %]	51,40%
OUV+	2,1	[47,1 %]	23,00%	SERVPUB1	1,63	[17,6 %]	23,00%	OUV-	2,45	[43,8 %]	64,90%	DUNIV	1,56	[45,0 %]	27,00%
SERVPUB2	2,08	[37,8 %]	50,00%	CENTRE	0,53	[11,1 %]	24,30%	CENTRE	2,23	[55,6 %]	24,30%	PROF++	1,56	[45,0 %]	27,00%
SERVHOSP2	1,07	[28,2 %]	95,90%	SERVHOSP2	0,52	[8,5 %]	95,90%	VIEUX+	1,99	[100,0 %]	2,70%	OUV-	1,09	[35,4 %]	64,90%
DUNIV	0,35	[30,0 %]	27,00%	DUNIV--	-0,42	[0,0 %]	2,70%	PROF+	1,91	[50,0 %]	29,70%	SERVPUB1	1,02	[41,2 %]	23,00%
VILLE ISOLEE	0,13	[28,0 %]	33,80%	VIEUX+	-0,42	[0,0 %]	2,70%	SERVHOSP2	1,25	[35,2 %]	95,90%	RURAL	0,65	[40,0 %]	13,50%
CENTRE	0,08	[27,8 %]	24,30%	SERVHOSP1	-0,52	[0,0 %]	4,10%	DUNIV++	-0,25	[30,8 %]	17,60%	DUNIV+	0,48	[34,6 %]	35,10%
OUV--	-0,34	[22,2 %]	12,20%	VIEUX	-0,52	[0,0 %]	4,10%	JEUN+	-0,41	[31,6 %]	51,40%	OUV+	0,42	[35,3 %]	23,00%
SERVPUB1	-0,37	[23,5 %]	23,00%	SERVPUB0	-0,59	[5,0 %]	27,00%	PROF-	-0,89	[28,1 %]	43,20%	AUCDIP--	-0,15	[28,6 %]	9,50%
VIEUX+	-0,87	[0,0 %]	2,70%	EQU	-0,61	[0,0 %]	5,40%	DUNIV	-0,97	[25,0 %]	27,00%	JEUN	-0,2	[29,6 %]	36,50%
VIEUX	-1,07	[0,0 %]	4,10%	SERVPUB2	-0,85	[5,4 %]	50,00%	PROF++	-0,97	[25,0 %]	27,00%	DUNIV++	-0,68	[23,1 %]	17,60%
SERVHOSP1	-1,07	[0,0 %]	4,10%	RURAL	-1	[0,0 %]	13,50%	DUNIV--	-1,02	[0,0 %]	2,70%	DUNIV--	-0,96	[0,0 %]	2,70%
EQU	-1,24	[0,0 %]	5,40%	DUNIV-	-1,17	[0,0 %]	17,60%	AUCDIP-	-1,22	[25,8 %]	41,90%	VIEUX+	-0,96	[0,0 %]	2,70%
OUV-	-1,62	[20,8 %]	64,90%	AUCDIP-	-1,3	[3,2 %]	41,90%	SERVHOSP1	-1,25	[0,0 %]	4,10%	VIEUX	-1,18	[0,0 %]	4,10%
AUCDIP--	-1,68	[0,0 %]	9,50%	AUCDIP++	-1,39	[0,0 %]	23,00%	SERVPUB0	-1,52	[20,0 %]	27,00%	DUNIV-	-1,34	[15,4 %]	17,60%
AUCDIP+	-1,87	[10,5 %]	25,70%	OUV+	-1,39	[0,0 %]	23,00%	OUV--	-1,52	[11,1 %]	12,20%	EQU	-1,37	[0,0 %]	5,40%
SERVPUB0	-1,99	[10,0 %]	27,00%	AUCDIP+	-1,49	[0,0 %]	25,70%	OUV+	-1,59	[17,6 %]	23,00%	OUV--	-2,14	[0,0 %]	12,20%
BANLIEUE	-2,12	[9,5 %]	28,40%	DUNIV	-1,54	[0,0 %]	27,00%	SERVPUB1	-1,59	[17,6 %]	23,00%	VILLE ISOLEE	-2,52	[12,0 %]	33,80%
DUNIV++	-2,4	[0,0 %]	17,60%	PROF+	-1,65	[0,0 %]	29,70%	AUCDIP--	-1,97	[0,0 %]	9,50%	AUCDIP++	-2,54	[5,9 %]	23,00%
DUNIV+	-2,74	[7,7 %]	35,10%	VILLE ISOLEE	-1,81	[0,0 %]	33,80%	DUNIV-	-2,18	[7,7 %]	17,60%	SERVHOSP2	-2,62	[28,2 %]	95,90%
JEUN+	-2,74	[13,2 %]	51,40%	DUNIV+	-1,87	[0,0 %]	35,10%	RURAL	-2,41	[0,0 %]	13,50%	CENTRE	-2,67	[5,6 %]	24,30%
PROF+	-2,81	[4,5 %]	29,70%	JEUN	-1,92	[0,0 %]	36,50%	JEUN	-2,6	[14,8 %]	36,50%	AUCDIP+	-2,8	[5,3 %]	25,70%
AUCDIP-	-2,83	[9,7 %]	41,90%	PROF-	-2,22	[0,0 %]	43,20%	AUCDIP++	-2,75	[5,9 %]	23,00%	PROF-	-2,99	[12,5 %]	43,20%
PROF++	-3,16	[0,0 %]	27,00%	OUV-	-3,45	[0,0 %]	64,90%	BANLIEUE	-3,84	[0,0 %]	28,40%	SERVPUB2	-4,24	[8,1 %]	50,00%

La lecture de la carte en figure 16 nous permet de confirmer ces hypothèses.

- Les catégories 1 sont situées dans des espaces ruraux ou de campagne.
- Les catégories 2 sont concentrées sur les deux espaces métropolitains de Nantes et Angers.
- Les catégories 3 se retrouvent sur le maillage urbain et les espaces « vieillissants » en Vendée.
- Les catégories 4 se retrouvent dans les couronnes urbaines Nantes et Angers. (Rajouter détails).

Figure 16 : carte des catégories de communes



Conclusion

La typologie ainsi faite, nous pouvons désormais choisir les centres sociaux qui feront l'objet de notre enquête. Pour des raisons de représentativité et de moyens, la recherche ne peut explorer l'ensemble des centres sociaux de la région. En révélant des catégories, en effectuant des regroupements selon des critères préalablement choisis, celle-ci nous offre une grille de lecture sur l'ensemble des centres sociaux du territoire des pays de la Loire. Nous permettant maintenant d'établir un choix raisonné et représentatif sur les structures qui seront étudiées.

Afin de réaliser la sélection de notre échantillon, la prochaine étape consistera à étudier les résultats de la typologie afin d'avoir dans notre panel des individus appartenant à des groupes différents. Nous veillerons également à ce que tous les départements de la région soient représentés.

C'est ici que les deux typologies croisées vont être utiles. Lorsque plusieurs structures apparaîtront dans une même catégorie dans la typologie des centres sociaux nous les comparerons avec les groupes dans lesquels elles apparaissent dans la typologie territoire. Si elles montrent des regroupements similaires nous les trierons en fonction des autres critères à prendre en compte (département, gestion, territoire d'action) et les comparerons à celles déjà retenues. Dans le cas où elles sont seules, elles seront automatiquement retenues. De cette façon nous obtiendrons un échantillon varié et représentatif des différents cas de figures qui existent en termes de structure centre social sur le territoire des Pays de la Loire.

Nous rappelons que dans la mesure du possible, cette démarche, a pour objectif d'être applicable à l'ensemble du territoire Français.

Références

- Blin, Eric, et Jean-Paul Bord. 1993. *Initiation Géo-graphique ou comment visualiser son information*. 2^eéd. Sedes.
- « Charte des centres sociaux et socioculturels de France ». 2010. <http://www.centres-sociaux.fr/files/2010/02/Charte-des-centres-sociaux-et-socioculturels-de-France.pdf>.
- FINESS. 2016. « Consulter la base : Recherche par thème ». <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/rechercheSimple.jsp?coche=ok>.
- INSEE. 2012. « Recensement général de la population ». http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-evol-struct-pop-2013.
- . 2015. « Base permanente des équipements ». http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=fd-bpe15&page=fichiers_detail/bpe15/telechargement.htm.
- . 2016. « Définitions, méthodes et qualité - Aire urbaine ». Consulté le août 12. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/aire-urbaine.htm>.
- Ricco Rakotomalala. 2005. « TANAGRA : un logiciel gratuit pour l'enseignement et la recherche ». *Actes de EGC 2*: 697-702.
- SENACS. 2016. « Liste des Centres sociaux ». <http://www.senacs.fr/structure/csx>.
- Tenenhaus, Michel. 1996. *Méthodes Statistiques en Gestion*. Dunod.

Annexe 2 : contrat d'engagement

Condition d'engagement :



Qu'est ce que l'engagement dans la recherche suppose pour le centre social ?

- S'engager dans la durée : de septembre 2016 à septembre 2018
- Contribuer au recueil des données en permettant l'accès à l'information nécessaire (Ex : fiches adhérents, diffusion de questionnaires papiers et/ou numérisés...)
- Accueillir les chercheurs au sein du Centre Social et accepter leur présence dans le centre pour observations et entretiens.
- Informer les différents acteurs (administrateurs, adhérents ...) de leur présence
- Nommer un référent pour favoriser les échanges, répondre rapidement aux chercheurs, et être médiateur entre les chercheurs et les acteurs du centre
- Accompagner et faciliter l'accès à l'informations en guidant, informant, permettant la participation les chercheurs aux divers événements services et activités du centre au service de la recherche.
- Signer un contrat d'engagement afin de valider la collaboration entre les deux parties
- Considérer la recherche comme un processus de formation : acquisition d'outils méthodologiques, connaissance du territoire et du public vieillissant.
- Bénéficier des résultats des thèses, organiser et diffuser une partie des résultats auprès d'acteurs locaux
- Accéder à des productions intermédiaires

Contrat d'engagement



CONTRAT D'ENGAGEMENT DU CENTRE SOCIAL DANS LA RECHERCHE I-CARE :

Par la présente, je m'engage à accepter et à mettre en œuvre les conditions nécessaires au bon déroulement de la recherche, à compter de la signature du contrat d'engagement jusqu'à Septembre 2018.

Je m'engage à :

- mettre en place les conditions d'un accueil bienveillant des chercheurs au sein de la structure, à en avertir l'ensemble de l'équipe et à mobiliser les moyens nécessaires.
- accepter que les chercheurs entrent en contact avec les membres et adhérents du centre social.
- Permettre la participation et/ou l'observation de divers événements (activités, services, réunions etc.)
- faciliter l'accès et la prise d'informations en fournissant les renseignements nécessaires.
- participer aux divers temps de la recherche (passation auto-questionnaire, temps de rencontres etc.).
- favoriser les échanges entre le centre social et les chercheurs en répondant dans des délais à leurs sollicitations.
- maintenir la participation de mon centre jusqu'à l'aboutissement de la recherche.

Dans le cadre de cette recherche, j'autorise, l'exploitation et la diffusion de données appartenant ou étant en lien avec mon centre social.

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des engagements que suppose la participation de mon centre social dans la recherche I-CARE.

Fait le :

A

Signature du responsable du centre social :

Signature du référent :

INFORMATIONS GENERALES

2- J'habite à : _____ Depuis (nombre d'années): _____
 Avant d'habiter ici, je vivais à : _____

3 - Je suis : (plusieurs réponses possibles) nombre d'années

Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Depuis :
En concubinage	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Veuf/Veuve	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Célibataire	<input type="checkbox"/>	Depuis :

4 - Combien de personne(s) compte mon ménage ? _____

5- J'ai un/des : (plusieurs réponses possibles)

Enfant(s)	<input type="checkbox"/>	Combien :
Petit(s)-enfant(s)	<input type="checkbox"/>	Combien :
Un/Des parents en vie	<input type="checkbox"/>	Combien :

6 - Je vois mes enfants et/ou petit(s)-enfant(s):

Jamais	<input type="checkbox"/>
Moins d'une fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
1 à 2 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
2 à 5 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
5 à 10 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
Plus de 10 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>

7 - Je suis :

Retraité(e)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
En activité	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

8 - J'exerce ou j'ai principalement exercé le métier de ? _____

9 - Mon diplôme le plus élevé est : _____ Je n'ai aucun diplôme

10 - Je suis :

Propriétaire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Locataire	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

11- Le revenu mensuel de mon ménage est de : (toutes ressources conjuguées)

Moins de 500€	<input type="checkbox"/>
De 500€ à 1000€	<input type="checkbox"/>
De 1000€ à 1500€	<input type="checkbox"/>
1500€ à 2000€	<input type="checkbox"/>
2000€ à 2500€	<input type="checkbox"/>
Plus de 2500€	<input type="checkbox"/>

12 - Au sein du Centre social, je pratique les activités suivantes (Gym, informatique, activités de rencontres etc.) : _____

13 - En dehors du centre social, je pratique actuellement les activités suivantes : _____

L'AVANCEE EN AGE

14- Je me considère comme : (plusieurs réponses possibles)

Une personne âgée	<input type="checkbox"/>
Un retraité	<input type="checkbox"/>
Un sénior	<input type="checkbox"/>
Appartenant au 3 ^{ème} âge	<input type="checkbox"/>
Appartenant au 4 ^{ème} âge	<input type="checkbox"/>
Vieux	<input type="checkbox"/>
Aucun	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

15- Sur une échelle de 1 à 10, j'évalue l'adaptation de mon environnement à mes besoins à : (Entourer le chiffre correspondant)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

16 - J'ai recours à des services :

D'aide à domicile (ménage, courses etc.)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
De soins à domicile (Infirmiers, médecins etc.)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

17 - Je suis bénéficiaire des aides suivantes : *(plusieurs réponses possibles)*

Minimum vieillesse	<input type="checkbox"/>
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<input type="checkbox"/>
L'aide sociale à l'hébergement (ASH)	<input type="checkbox"/>
L'aide à l'adaptation du logement	<input type="checkbox"/>
L'allocation de solidarité aux personnes âgées	<input type="checkbox"/>
Aucune	<input type="checkbox"/>
Autres <i>(précisez)</i> :	<input type="checkbox"/>

18 - Sur une échelle de 1 à 10, je considère que mon niveau de bien-être est de :

(Entourer le chiffre correspondant)

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

19 - Comparativement aux personnes de mon âge je considère que ma qualité de vie est :

Équivalente	<input type="checkbox"/>
Meilleure	<input type="checkbox"/>
Moins bonne	<input type="checkbox"/>
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>

20 - Sur une échelle de 1 à 10, j'évalue mon niveau de préoccupation pour chacun de ces facteurs à : *(entourez la note, 1 étant le minimum)*

Ma santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ma famille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ma vie sociale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ma sécurité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mes finances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mon logement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne sais pas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21 - Je me projette et/ou fais des projets sur :

Je ne me projette pas	<input type="checkbox"/>
Quelques jours	<input type="checkbox"/>
Le mois	<input type="checkbox"/>
Le semestre	<input type="checkbox"/>
L'année	<input type="checkbox"/>
Les 5 prochaines années	<input type="checkbox"/>
Les 10 prochaines années	<input type="checkbox"/>

ENGAGEMENT ET LIEN SOCIAL

22 - Je suis ou j'ai été : *(plusieurs réponses possibles)*

Militant(e) pour une cause	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Bénévole dans une autre association	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Engagé(e) politiquement	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Pratiquant(e) et ou croyant(e) d'une religion	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Syndiqué(e)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Engagé(e) dans des mouvements citoyens	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

23 - Ma venue au centre :

S'est faite via une connaissance/ ami	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Est due à l'inscription d'un membre de ma famille	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Est due à une information extérieure (mairie, affiche, internet ...)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autre <i>(précisez)</i> :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Je l'ai recommandée à d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

24 - J'ai des amis dans le Centre Social :

Oui	<input type="checkbox"/>	Combien :	<input type="checkbox"/>
Non			

25 - J'ai des connaissances dans le Centre Social :

Oui	<input type="checkbox"/>	Combien :	<input type="checkbox"/>
Non			

26 - Je reçois ou suis invité chez des amis/connaissances :

Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois toutes les 2 semaines	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois par mois	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois par trimestre	<input type="checkbox"/>
Moins d'une fois par trimestre	<input type="checkbox"/>

27 - Mes relations avec mes voisins sont :

Inexistantes	<input type="checkbox"/>
Cordiales (bonjour, au revoir)	<input type="checkbox"/>
Amicales	<input type="checkbox"/>
De l'ordre de l'échange de service (dépannage, course ...)	<input type="checkbox"/>
Mauvaises	<input type="checkbox"/>

28 - Dans mon quartier, je sais où trouver ce dont j'ai besoin :

En termes de commerces (épicerie, coliffeurs ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En termes d'administration et de services publics	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En termes de services de santé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

29 - Je trouve que l'ambiance de mon quartier est : *(plusieurs réponses possibles)*

Sécurisante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conviviale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Agréable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Délétère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Adaptée à mes besoins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SANTE ET BIEN-ETRE

30 - Sur une échelle de 1 à 10, j'évalue mon état de santé à *(Entourer le chiffre correspondant)* :

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

31 -

Je me sens en bonne santé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je suis souvent fatigué(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je fais une chute dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai une ordonnance permanente de plus de 4 médicaments par jour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai perdu du poids sans avoir suivi de régime particulier au cours de l'année dernière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

32 - Les questions suivantes portent sur votre moral

Je suis heureux(se) la plupart du temps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je suis souvent découragé(e) et triste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai le sentiment que ma vie est vaine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai le sentiment que ma situation est désespérée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

33 - Quand j'ai un problème de santé :

Je consulte rapidement un médecin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'attends quelques jours pour voir comment ça évolue avant de consulter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'attends que ça passe avec de l'automédication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'attends que ça passe sans prendre de médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

34 - Pour mes trajets quotidiens je :

	Sans difficultés	Avec des difficultés	Je ne peux pas le faire
Me déplace à pied sur de courtes distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me déplace à pied sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me déplace en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prends les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35 - Pour des tâches quotidiennes je peux :

	Sans difficultés	Avec difficultés	Je ne peux pas le faire
M'habiller seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me laver seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me faire à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre mon ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 - Je pratique ces activités :

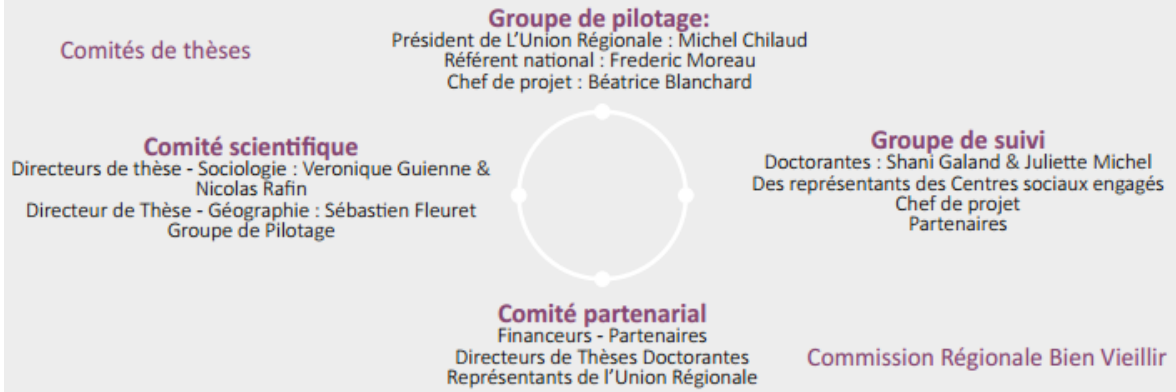
	Sans difficultés	Avec difficultés	Je ne peux pas le faire
Travaux domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendre et mémoriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 - J'éprouve :

	Faible à nulle	Modérée	Forte
Une gêne visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une gêne auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) type(s) de gêne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4 : Organisation du suivi de la recherche I-CARE

Schéma d'organisation :



Annexe 5 : Auto-questionnaire JPAG



Depuis Février 2016, l'Union Régionale des centres sociaux des Pays de la Loire a débuté le projet I-CARE. Celui-ci vise à mesurer l'impact des actions des centres sociaux sur l'avancée en âge et la perte d'autonomie. Les deux chercheuses en charge de l'étude souhaitent profiter de votre participation aux JPAG pour mieux connaître les professionnels du réseau et obtenir leur point de vue sur ces questions. Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire.

Bien vieillir : pratiques, perceptives et place dans les centres sociaux.

Vous êtes : Un homme Une Femme Votre âge est de : _____

Nom et commune de votre centre social : _____

Vous occupez le poste de : _____

Votre diplôme le plus élevé est : _____ Aucun diplôme

Votre domaine de formation : _____

Votre commune de résidence : _____

Avez-vous déjà été ou êtes-vous bénévole ? OUI NON

Que signifie, pour vous, le terme de « bien vieillir » ? Comment le définiriez-vous ?

Votre centre social propose-t-il des actions **intitulées** « bien vieillir » ? OUI NON Ne sais pas

Votre centre social propose-t-il des actions **entrant** dans le champ du « bien vieillir » ? OUI NON Ne sais pas

Dans votre pratique professionnelle, avez-vous une réflexion particulière sur les questions de **perte de capacité due à l'âge** ? Laquelle ?

Dans votre pratique professionnelle, avez-vous une réflexion particulière sur les **personnes retraitées en situation d'isolement** ? Laquelle ?

Dans vos pratiques professionnelles, quelle est la place donnée à la participation des plus de 60 ans ?

Selon vous, le centre social peut-il agir sur une maladie telle que l'Alzheimer ? Si Oui, comment ?

Dans votre pratique professionnelle, existe-t-il un questionnement sur le vieillissement des personnes porteuses d'un handicap ?

OUI NON Si, oui sur quoi porte-t-il ?

Quels sont selon vous les enjeux à venir sur le développement des actions des centres sociaux sur les problématiques du vieillissement ?

L'intervention des centres sociaux dans ces différents champs du vieillissement doit-elle ? (plusieurs réponses possibles)

Systématique Optionnelle

une réponse à un besoin identifié sur le territoire une réponse à un besoin exprimé par la population

Reconnue par d'autres acteurs Recommandée par d'autres acteurs être l'objet de partenariats

Merci de votre participation.

Vous pouvez retourner les questionnaires dans l'urne I-CARE au niveau du vestiaire ou par mail à shani.galand@centres-sociaux.fr ou juliette.michel@centres-sociaux.fr

Si vous souhaitez être informé des résultats de ce questionnaire merci de laisser votre adresse mail : _____@_____

Pour tout renseignement sur cette recherche contactez Béatrice Blanchard : bblanchard@alleeverte-csc.asso.fr

Annexe 6 : Grille d'observation générale

Fiche d'activité

Nom

Type

Nombre de participant

Moyenne d'âge

Horaires

Durée

Contenu

Quartier

Type quartier

Accès transport en commun (nom de l'arrêt et nombre de ligne passant)

Parking

Parc à vélo piste cyclable

Signalétique

Etablissements proche (écoles ...)

Services proche (la poste, ...)

Commerces

Association ...

Visibilité extérieure (nom... , informations

Présence d'une indication fédération

Type de locaux, équipements (variété type ...)

Nombre de salarié

Trace d'un intérêt pour les personnes de plus de 60 ans

Nombre de personne croisé dans la journée

Temps d'activité particulier

Horaires

Exemple d'une fiche adhérent

Passage d'intervenant autre

Accès PMR

Les gens arrivent ils seul ou à plusieurs

Annexe 7 : Entretiens Biographiques

Anonymisation	Structure	Statut	Sexe	Age	Activité(s) pratiquées	Profession avant retraite	Situation matrimoniale
Chantal	Fédération Centre Social	Présidente Centre Social Ancienne présidente fédération	F	71 ans	Bénévolat	Ouvrière chaussure / agent technique	Mariée
Nadine	Fédération Centre Social	Présidente Fédération Trésorière Fédération Présidente Centre Social	F	64 ans	Bénévolat	Pupitreur mutualiste	Mariée
Sophie	Fédération	Présidente Fédération	F	61 ans	Aucune	Assistante sociale (toujours en activité)	Célibataire
Richard	Fédération	Ancien président fédération	H	70 ans	Aucune	Ingénieur électronique, chef de projet calculateur	Marié
Pierre	Fédération Centre Social	Président Fédération Président Centre Social	H	67 ans	Bénévolat	Comptable	Marié
Madeleine	Centre Social	Adhérente	F	85 ans	Poterie, peinture sur porcelaine,	Mère au foyer	Mariée
Gaspard	Centre Social	Vice-président Centre Social	H	75 ans	Bénévolat	Marine / Enseignant mécanique marine	Mariée
Gisèle	Centre Social	Adhérente	F	84 ans	Peinture sur porcelaine, poterie	Femme au foyer	Mariée
Eléonore	Centre Social	Adhérente	F	88 ans	Portage de livre à domicile	Soudeuse	Veuve
Hortense	Centre Social	Bénévole activité	F	68 ans	Bénévolat atelier tricot	Employée service médico-social	Divorcée
Denise	Centre Social	Adhérente	F	86 ans	Portage de livre	Ménage chez particulier	Veuve
Adèle	Centre Social	Adhérente	F	68 ans	Poterie	Employé sécurité sociale (accueil)	Veuve
Henri	Centre Social	Bénévole commission événement	H	66 ans	Bénévolat	Peintre bâtiment	Marié
Andrée	Centre Social	Ancienne bénévole Adhérente	F	75 ans	Aucune	Danseuse étoile opéra de Berlin	Mariée
Elisabeth	Centre Social	Adhérente	F	63 ans	Carterie ; couture	Agent polyvalent de service collège	Mariée
Luce	Centre Social	Adhérente	F	70 ans	Couture	Principalement sans activité Secrétariat entreprise moteur de bateau	Mariée
Gustave	Centre Social	Adhérent	H	70 ans	Espagnol	Directeur Leclerc Commerçant en	Divorcé/ En couple

						maroquinerie Professeur de Tai-Chi	
Adrien	Centre Social	Bénévole Adhérent	H	61 ans	Café papote ; dire et rebondir ; Bénévolat CA CSC	Electricien intérim Salarié Occupationnel dans un FOT (aide médicaux psychologique) Principalement sans activité professionnelle	Célibataire
Lucien	Centre Social	Adhérent	H	79 ans	Repair Café	Ouvrier qualifié chez Renaud (chef d'équipe, contre-maître, chef d'atelier puis responsable de la chaîne productive des voitures)	Marié
Eugénie	Centre Social	Adhérente	F	81 ans	Transport solidaire	Agricultrice Principalement sans activité professionnelle	Veuve
Paul	Centre Social	Adhérent Bénévole	H	66 ans	Bénévole CA CSC Jardin'âge Jardin partagé Repair Café	Ingénieur agroalimentaire	Marié
Joséphine	Centre Social	Adhérente Bénévole	F	68 ans	Gym d'entretien Permanence compost Jardin partagé Marche nordique (la fontaine)	Auxiliaire puéricultrice	Célibataire
Alphonse	Centre Social	Adhérent	H	89 ans	Reçoit jardinier dans le cadre de Jardin'âge	Ambulancier Saint-Jacques Propriétaire d'une baraque à frite	Veuf
Rosalie	Fédération Centre Social	Bénévole Adhérente	F	66 ans	Bénévolat CA Yoga Sage et passage	Secrétaire chantier Naval de Nantes Secrétaire au service insertion de la ville de Saint Sébastien sur Loire	Divorcée / En couple
Simone	Centre Social	Adhérente	F	86 ans	Les « rendez-vous chez moi »	Ouvrière en manufacture	Veuve
Marguerite	Centre Social	Adhérente	F	86 ans	Reçoit jardinier dans le cadre de Jardin'âge Les « rendez-vous chez moi »	Commerçante magasin bricolage / station-service	Veuve
Simon	Centre Social	Adhérent Bénévole	H	67 ans	Anglais Aquarelle (Pratique + remplacement bénévolat) Peinture à l'Huile	Mathématicien / prof enseignement supérieur	Marié
Suzanne	Centre Social	Adhérente	F	66 ans	Activités (en pause)	Garde d'enfants à leur domicile Auxiliaire puériculture	Mariée
Ernest	Centre Social	Adhérent Bénévole	H	66 ans	Bénévole activités (transport solidaire + accueil à l'atelier réparation) Bénévole CA	Employé de banque - puis tri des machines	Divorcé et célibataire

Conclusion Générale

Jeanne	Centre Social	Bénévole	F	68 ans	Bénévolat atelier d'anglais	Prof d'anglais en Lycée agricole	Mariée
Blanche	Centre Social	Bénévole Adhérente	F	68 ans	Bénévolat CA Atelier créatif	Nourrice	Mariée
Lucie	Centre Social	Adhérente	F	77 ans	Atelier créatif	Enseignante collège	Mariée
Victoire	Centre Social	Adhérente	F	68 ans	Gym	Éducatrice jeunes enfants/ jardinière d'enfants + travail en crèche	En couple, concubinage
Solange	Roland Charrier	Adhérente	F	79 ans	Gym (douce à sur chaise) Marche	Ouvrière Assistante maternelle	Mariée
Geneviève	Roland Charrier	Adhérente	F	70 ans		Secrétaire de mairie Actuellement conduit des groupe de "relaxation par le toucher" après s'être initié au Chiatsu".	Mariée
Pauline	Grain de Sel	Adhérente	F	90 ans	Aquarelle	Couturière	Veuve
Nicole	Grain de Sel	Adhérente	F	81 ans	Informatique	Préparatrice en pharmacie (hôpital)	Veuve

Annexe 8 : Enquête usagers

ENQUETE I-CARE

Bonjour,

Le centre socio-culturel de Pont Morineau a choisi de participer à un projet de recherche sur le vieillissement pour évaluer l'impact de ses actions sur l'avancée en âge et la perte d'autonomie. C'est dans le cadre de ce projet que nous faisons aujourd'hui passer ce questionnaire. Merci de le remplir le plus précisément possible. L'intégralité des données seront **traitées de manière anonyme**.

Merci de votre participation
L'équipe I-CARE

Mme M NOM : _____ Prénom : _____
Date et lieu de naissance : ____/____/19____ à _____

1. Quelle est votre commune/Quartier de résidence ?

2. Quelle est ou quelle était votre profession ?

3. Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Marié(e) Divorcé(e) En concubinage
 Célibataire Veuf/veuve Séparé(e)

4. Dans ce centre social, vous êtes :

- Nouvel adhérent Adhérent
 Bénévole d'activité Bénévole représentant de l'association

5. Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre niveau de bien-être ?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

6. Pourquoi êtes-vous venu au centre social la première fois ?

7. Quelle(s) activité(e.s) pratiquez-vous dans le centre ?

8. Avez-vous des amis/connaissances au sein du centre social ? OUI NON

Si Oui, combien ? _____

1. Environ combien de temps par semaine passez-vous au centre ou à des activités liées au centre ?

2. Qu'est-ce que votre activité/présence dans le centre vous apporte ?

3. Avez-vous des activités en dehors du centre social ? (sport, loisirs, jeux, bénévolat, etc.)

4. Qu'est-ce que « bien vieillir » pour vous ?

5. Avez-vous l'impression que votre activité dans le centre y participe ?
Si oui : en quoi, si non : pourquoi ?

6. Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous votre état de santé à :

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

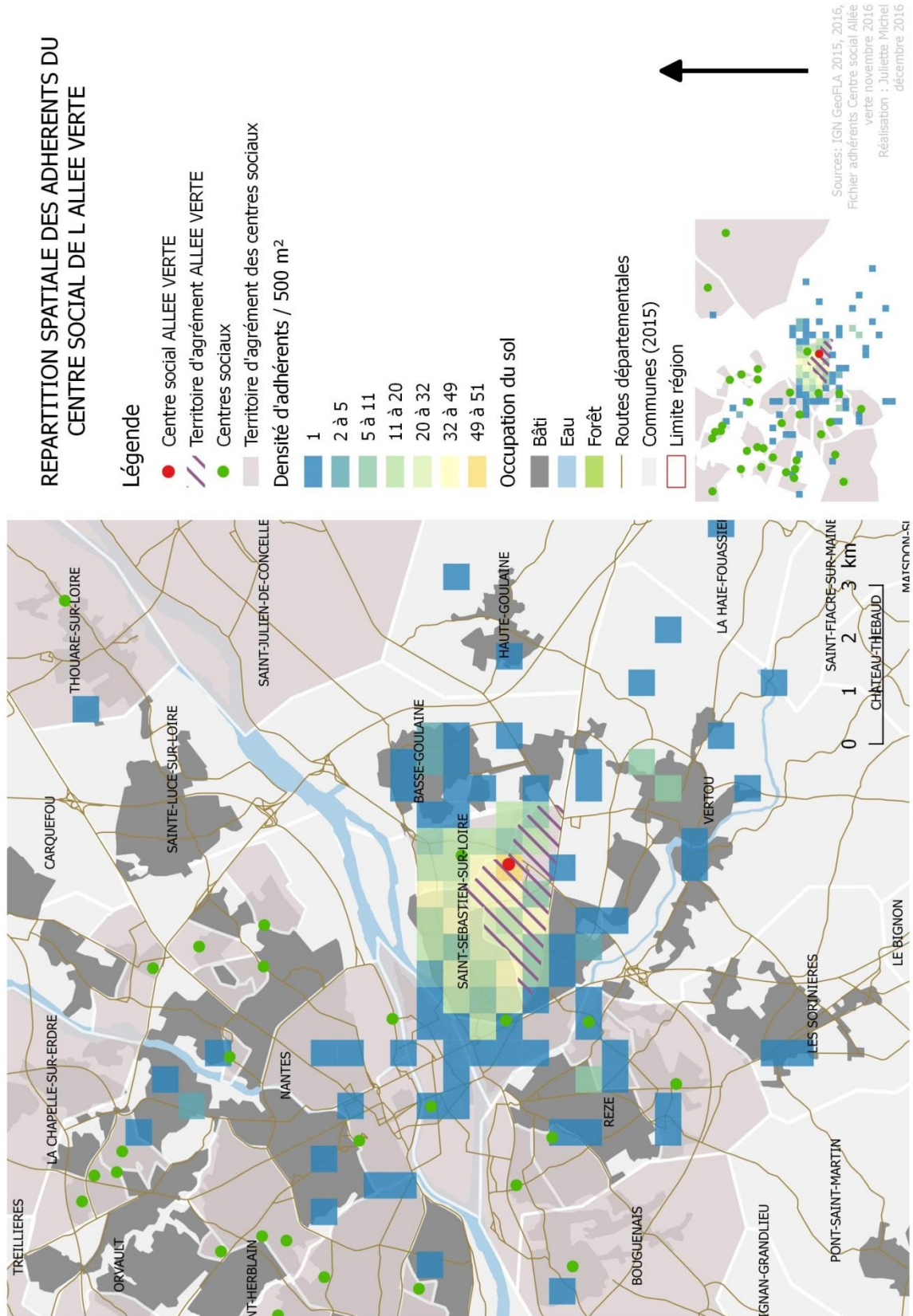
7. Comparativement aux personnes de votre âge, considérez-vous que vous avez une qualité de vie :

- Equivalente Meilleure
 Moins bonne Ne sais pas



MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

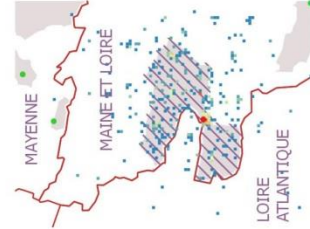
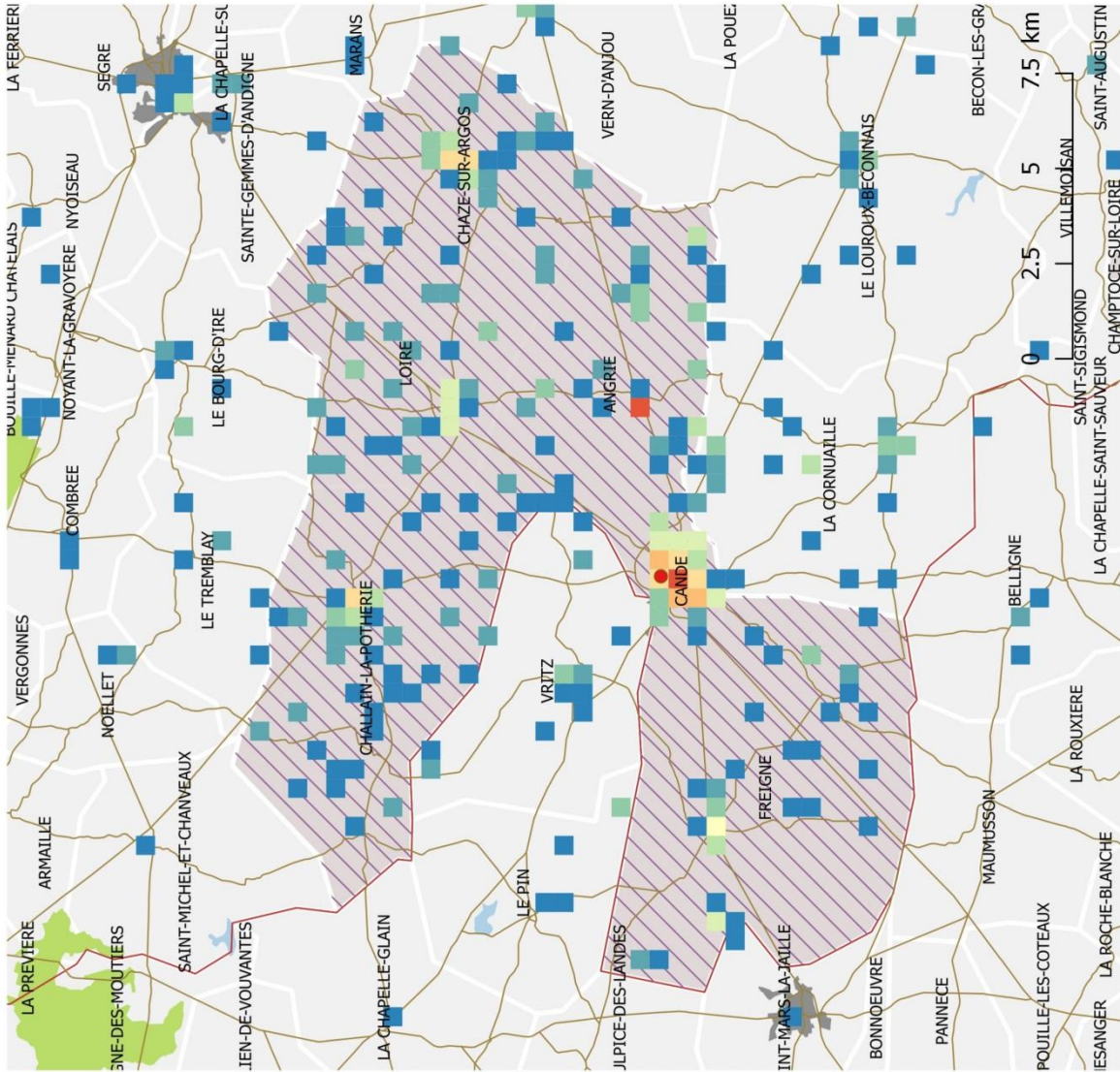
Annexe 9 : Cartes de répartition des usagers des Centres Sociaux.



REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DE L'ESPACE SOCIOCULTUREL DU CANDEEN

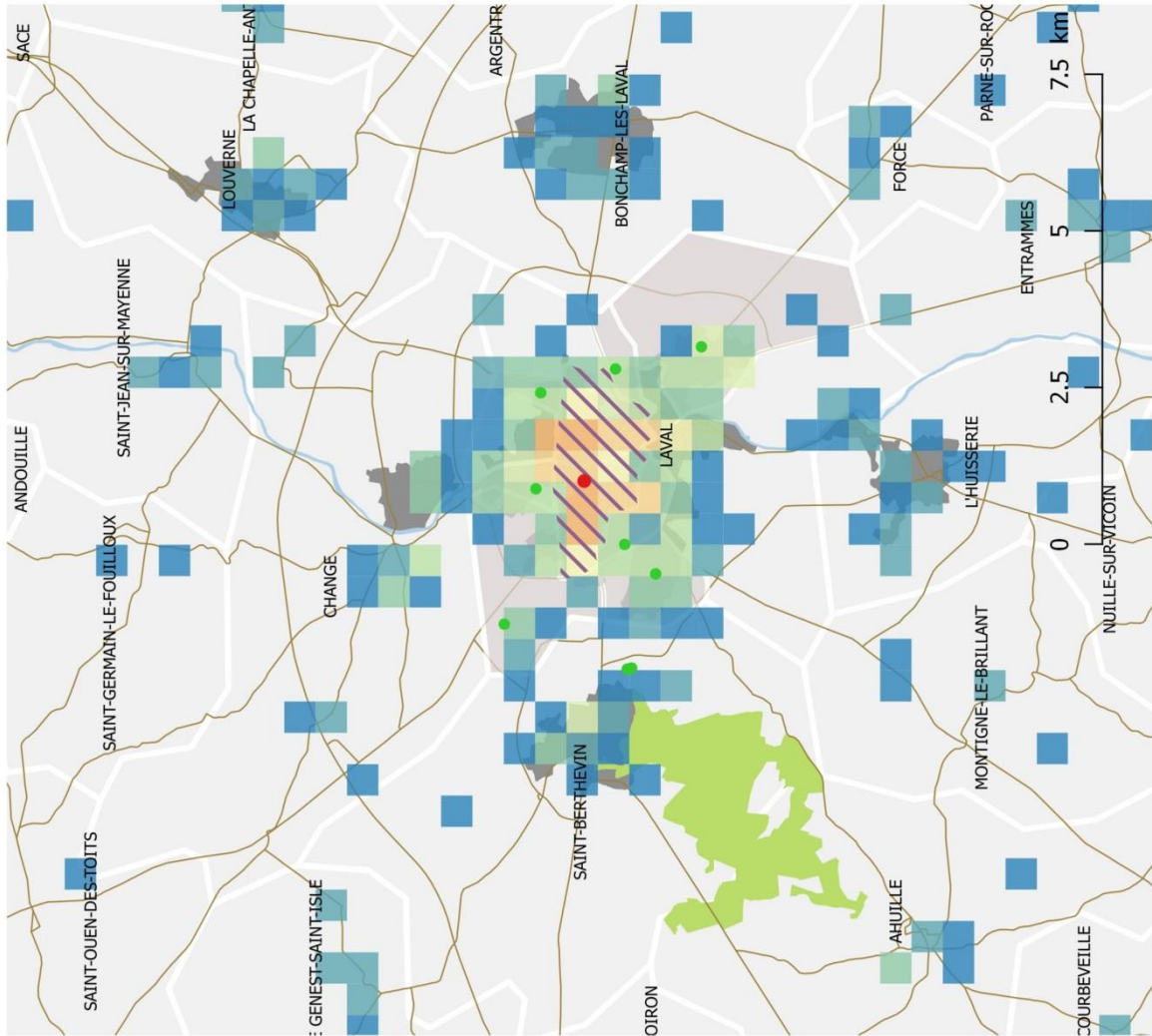
Légende

- ESPACE SOCIOCULTUREL DU CANDEEN
- ▨ Territoire d'agrément du centre social de Candé
- Centres sociaux
- ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²
 - 1
 - 2 à 5
 - 5 à 11
 - 11 à 20
 - 20 à 32
 - 32 à 49
 - 49 à 70
 - 70 à 91
 - 91 à 121
 - 121 à 156
- Occupation du sol
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- Limites départements



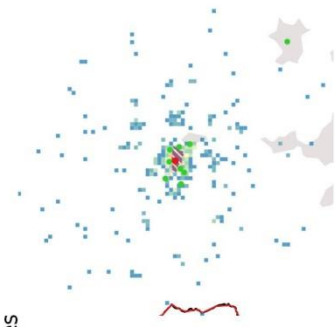
Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016,
Fichier adhérent Espace Socioculturel
du candéen octobre 2016
Réalisation : Juliette Michel décembre
2016

REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DU
CENTRE LAVALOIS D EDUCATION POPULAIRE
(CLEP)



Légende

- Centre social CLEP
- ▨ Territoire d'agrément CLEP
- Centres sociaux
- Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²
- 1
- 2 à 5
- 5 à 11
- 11 à 20
- 20 à 32
- 32 à 49
- 49 à 70
- 70 à 88
- Occupation du sol
- Bâti
- Eau
- Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- Limites départements

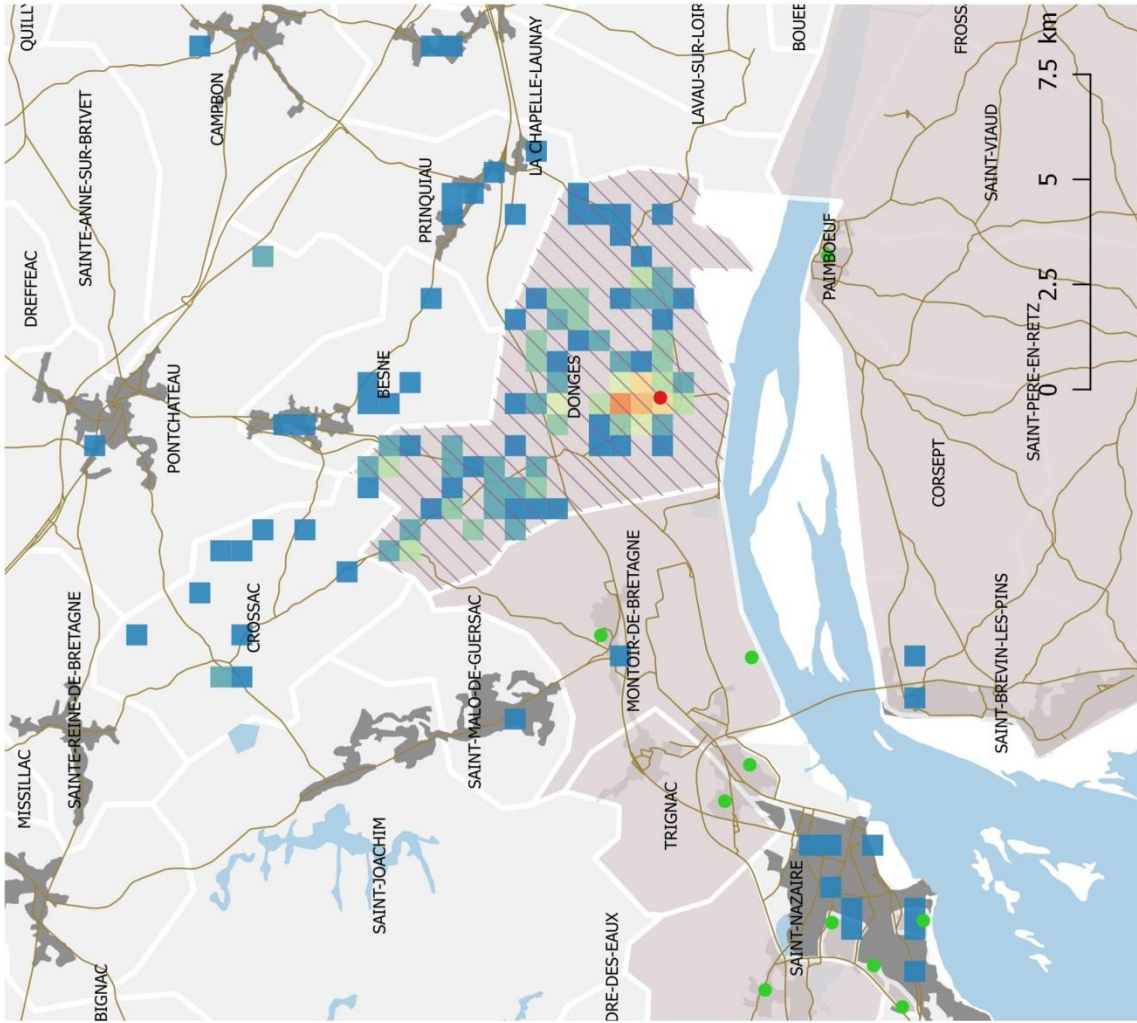


Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016,
Fichier Adhérent CLEP octobre 2016
Réalisation : Juliette Michel décembre
2016

REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DU CENTRE SOCIAL DE DONGES

Légende

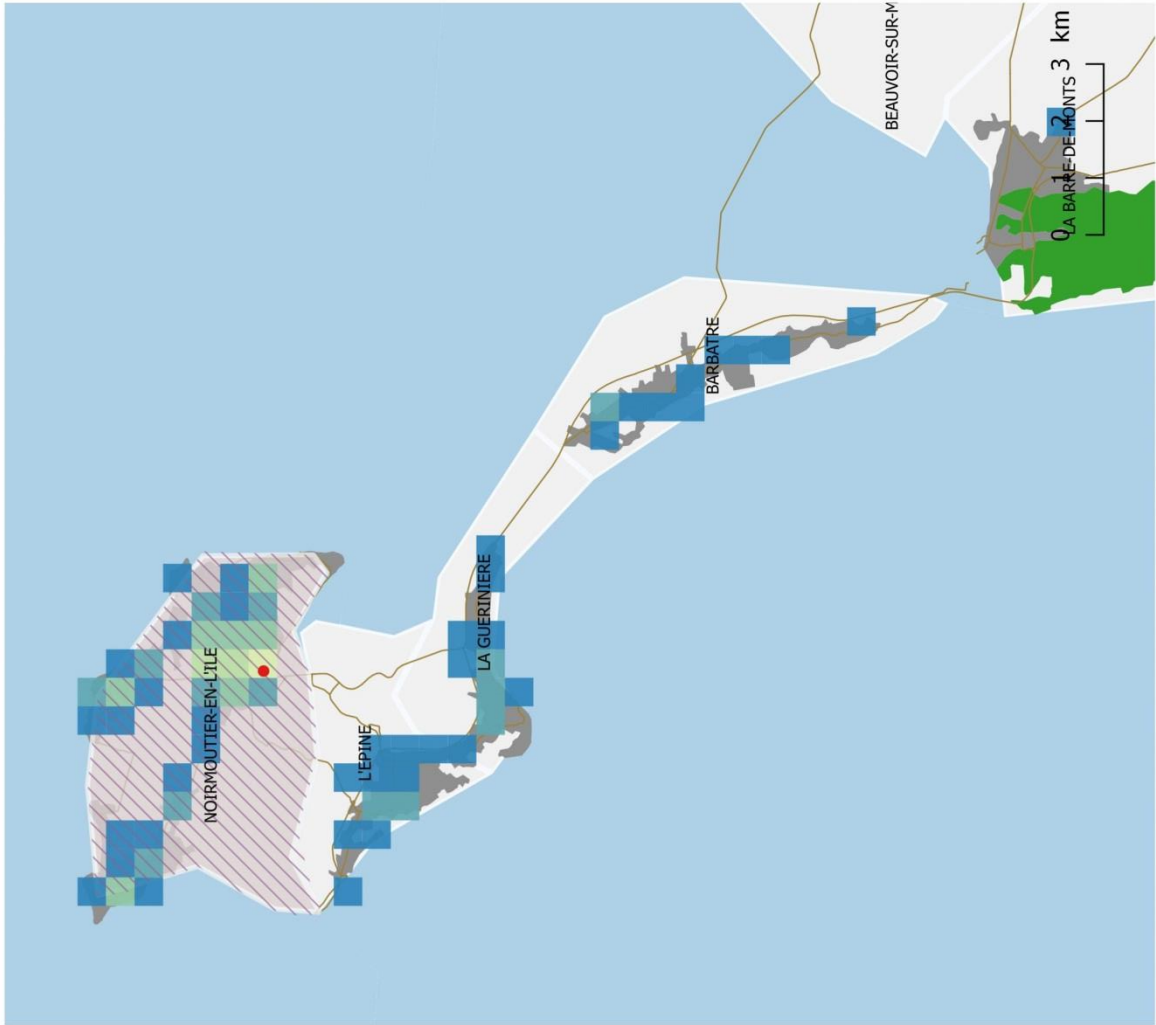
- Centre social DONGES
- ▨ Territoire d'agrément DONGES
- Centres sociaux
- ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²
 - 1
 - 2 à 5
 - 5 à 11
 - 11 à 20
 - 20 à 32
 - 32 à 49
 - 49 à 70
 - 70 à 91
 - 91 à 92
- Occupation du sol
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- ▭ Limites départements



Sources : IGN, GeoFLA 2015, 2016,
Fichier Adhérent centre social de
Dorges novembre 2016
Réalisation : Juliette Michel décembre
2016

REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS A L'ESPACE GRAIN DE SEL (EGS)

- Légende**
- Centre social EGS
 - /// Territoire d'agrément EGS
 - Centres sociaux
 - Territoires d'agrément centres sociaux
 - Densité d'adhérents / 500m²
 - 1
 - 2 à 5
 - 5 à 11
 - 11 à 20
 - 20 à 21
 - Occupation du sol
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
 - Routes départementales
 - Communes (2015)
 - Limites départements

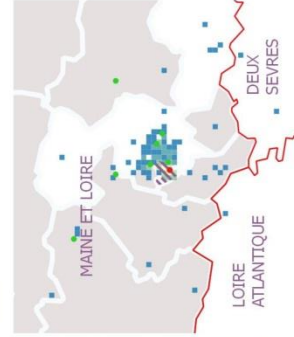


Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016, fichier adhérent centre social espace grain de Sel septembre 2016
 Réalisation : Juliette Michel 2016

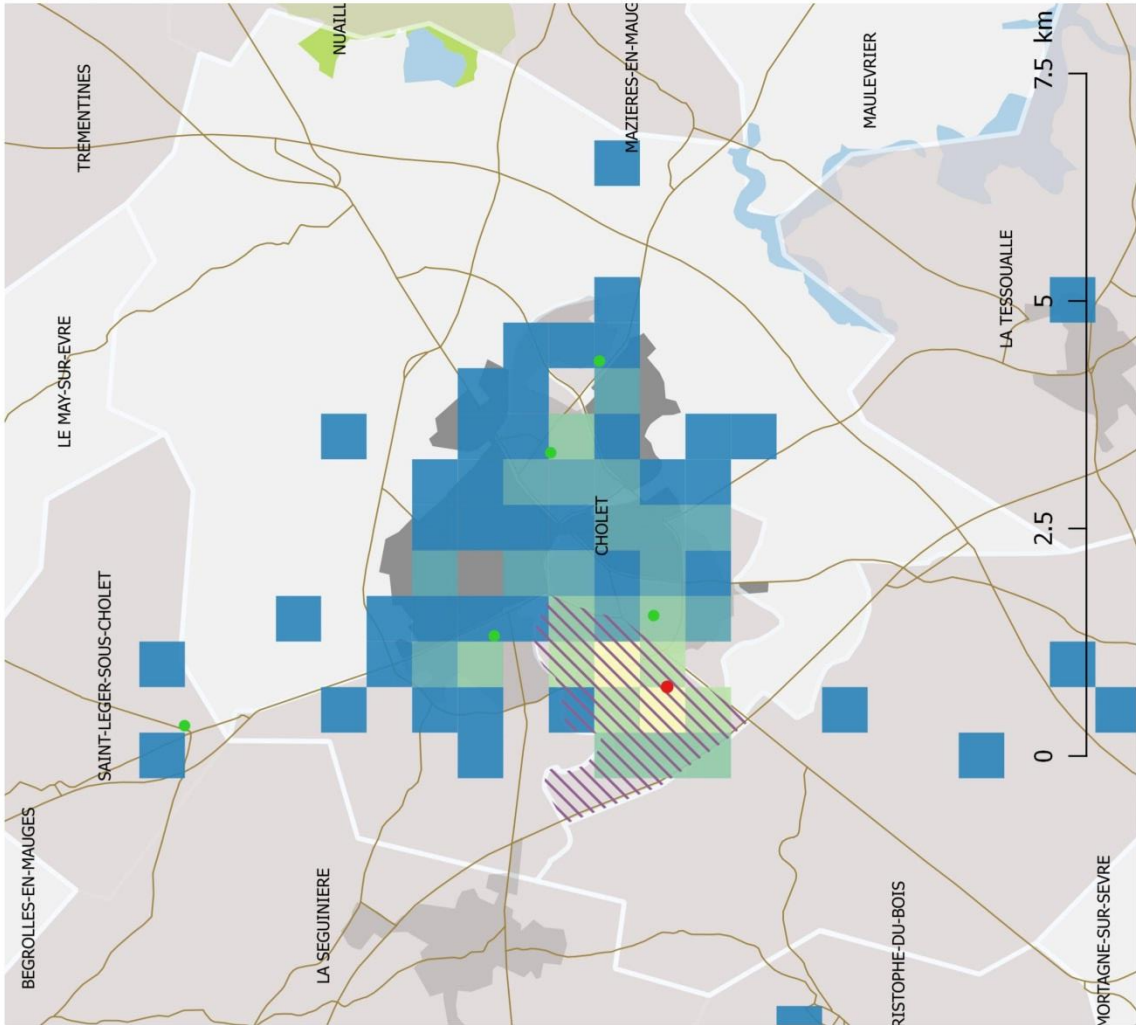
REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DU CENTRE SOCIAL HORIZON

Légende

- Centre social HORIZON
- ▨ Territoire d'agrément HORIZON
- Centres sociaux
- ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²
 - 1 à 2
 - 2 à 8
 - 8 à 20
 - 20 à 40
 - 20.0 - 32.0
 - 32.0 - 40.0
- Occupation du sol
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- Limites départements

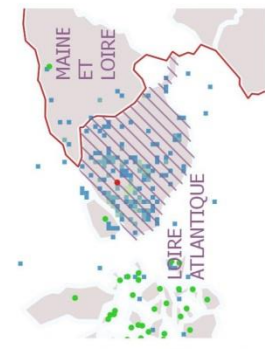
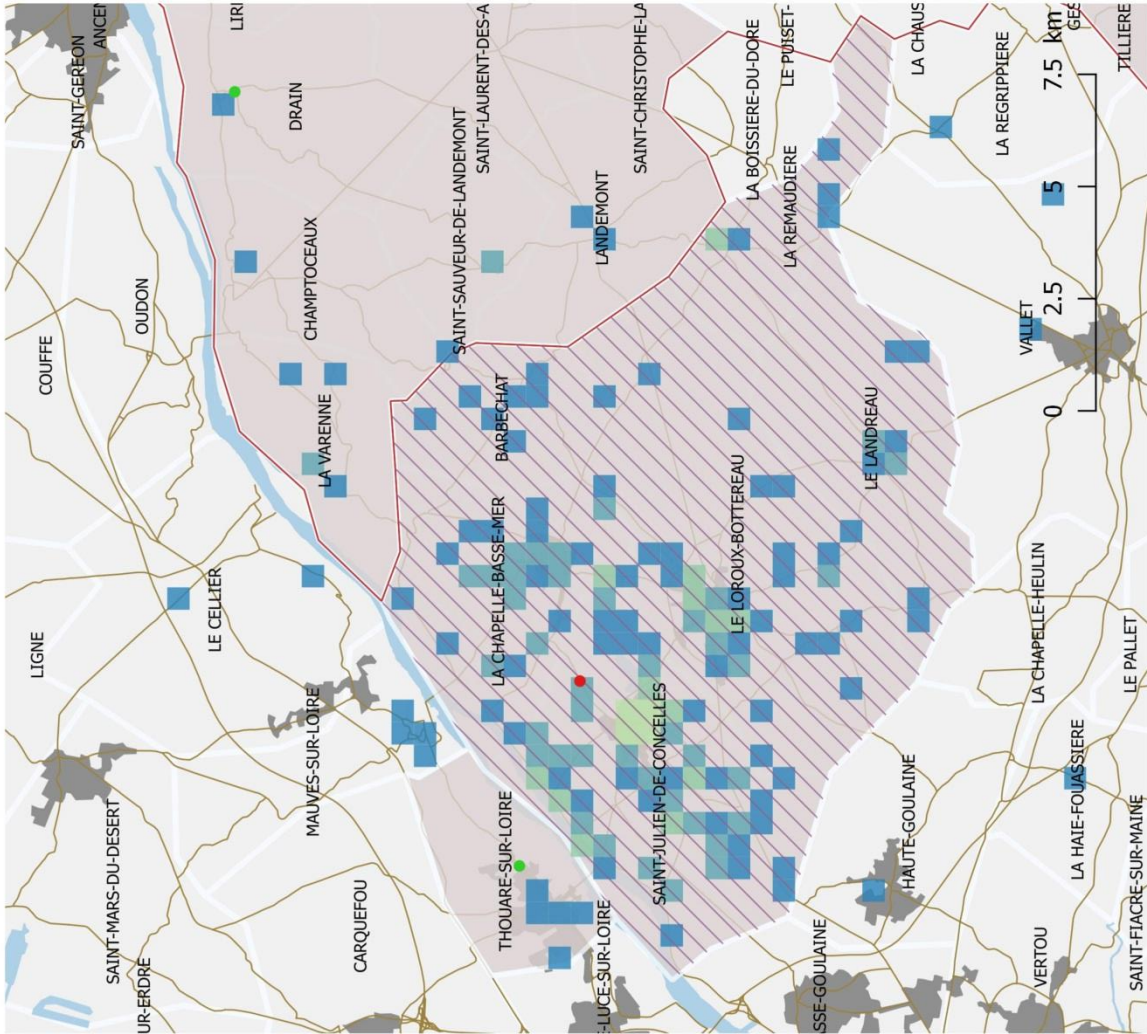


Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016,
Fichier Adhérent centre social
Horizon octobre 2016
Réalisation : Juliette Michel
décembre 2016



REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DU CENTRE SOCIAL LOIRE DIVATTE

- Légende**
- Centre social LOIRE DIVATTE
 - ▨ Territoire d'agrément LOIRE DIVATTE
 - Centres sociaux
 - ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
 - Densité d'adhérents / 500m²
 - 1
 - 2 à 5
 - 5 à 11
 - 11 à 20
 - Occupation du sol
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
 - Routes départementales
 - Communes (2015)
 - ▭ Limites départements



Sources : IGN GeoFLA 2015,2016,
Fichier adhérent centre social Loire
divatte octobre 2016
Réalisation : Juliette Michel
décembre 2016

REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DU CENTRE SOCIAL LA FONTAINE

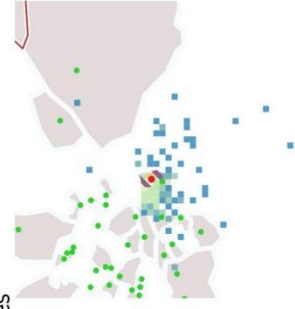
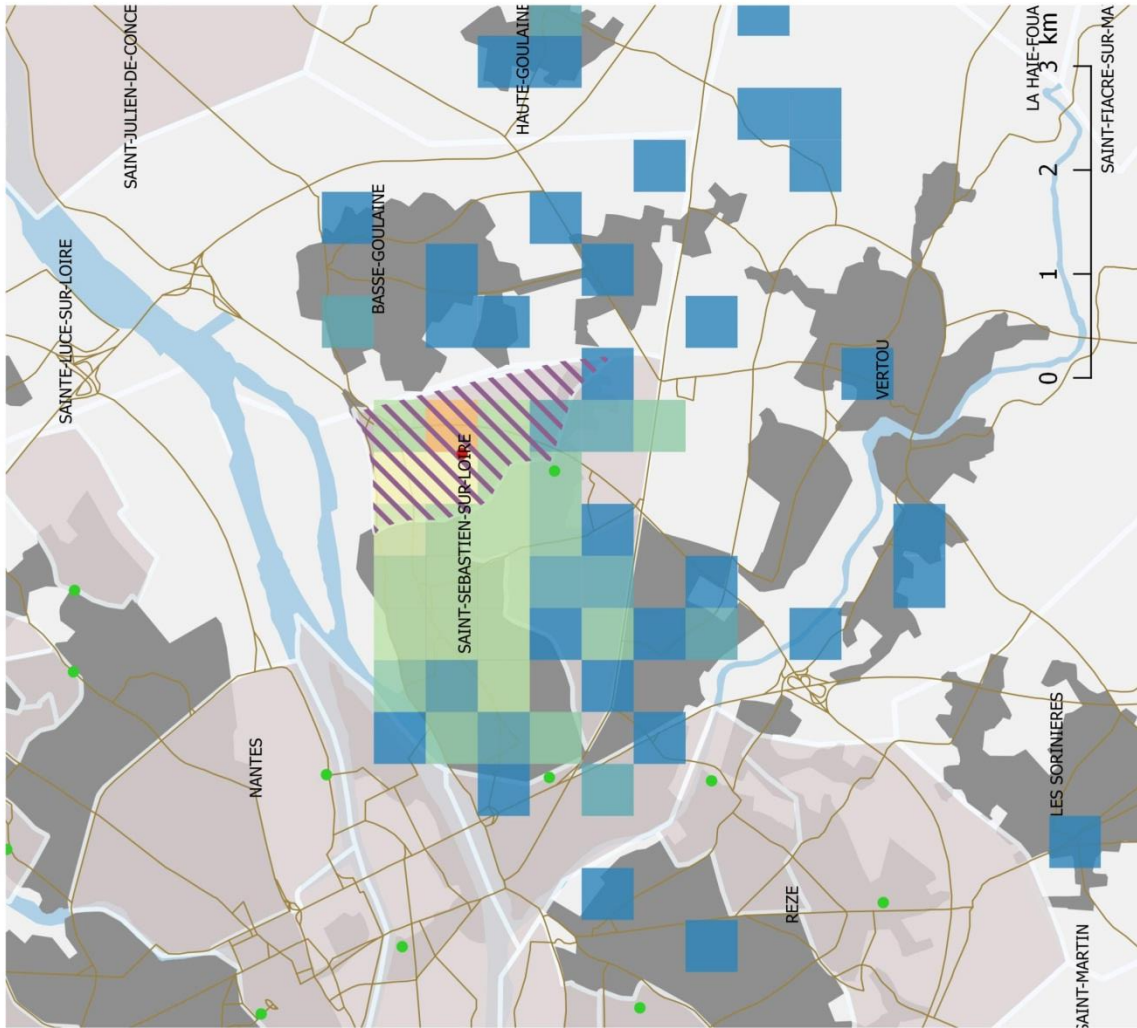
Légende

- Centre social LA FONTAINE
 - ▨ Territoire d'agrément LA FONTAINE
 - Centres sociaux
 - ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²



Occupation du sol

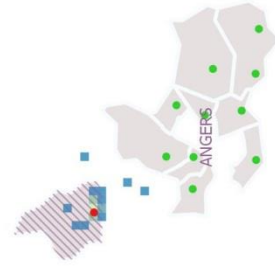
- Bâti
- Eau
- Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- Limites départements



Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016,
Fichier adhérent centre social la
fontaine octobre 2016
Réalisation : Juliette Michel
décembre 2016

REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DE L'ESPACE DE SOLIDARITE NELSON MANDELA (ESNM)

- Légende**
- Centre social ESNM
 - ▨ Territoire d'agrément ESNM
 - Centres sociaux
 - ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
 - Densité d'adhérents / 500m²
 - 1
 - 2 à 5
 - 5 à 11
 - 11 à 20
 - 20 à 25
 - Occupation du sol**
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
 - Routes départementales
 - Communes (2015)
 - Limites départements

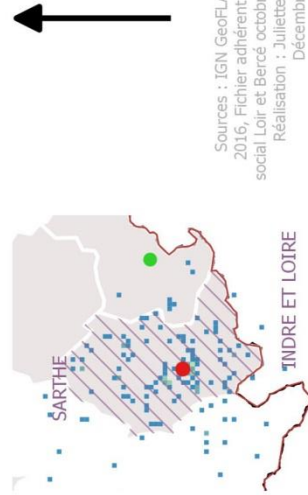
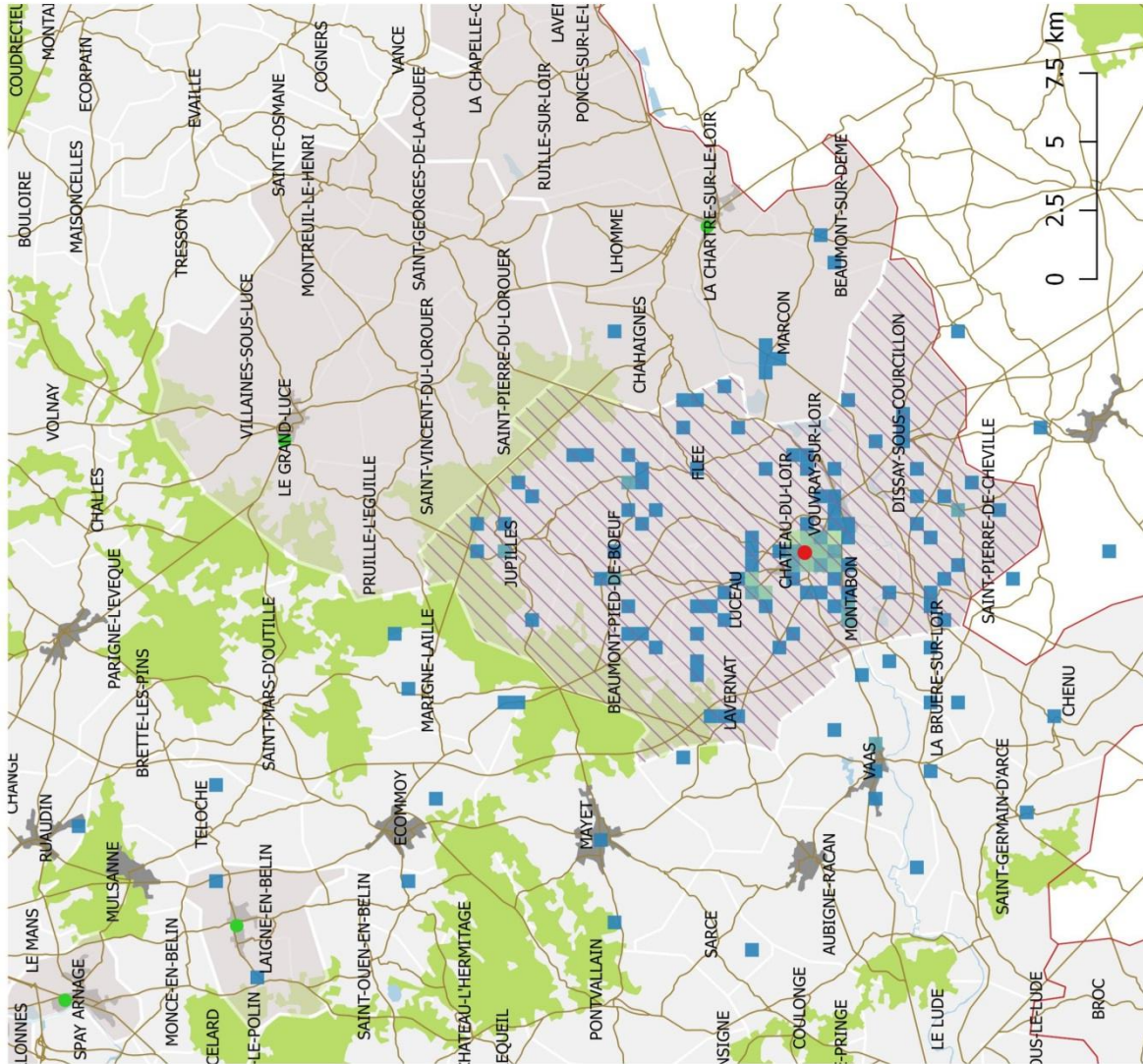


Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016,
Fichier adhérent ESNM octobre
2016
Réalisation : Juliette Michel
décembre 2016

REPARTITION SPATIALES DES ADHERENTS DU CENTRE SOCIAL LOIR ET BERCE ET BERCE

Légende

- Centre social LOIR ET BERCE
- ▨ Territoire d'agrément LOIR ET BERCE
- Centres sociaux
- ▨ Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²
 - 1
 - 2 à 5
 - 5 à 11
 - 11 à 12
- Occupation du sol
 - Bâti
 - Eau
 - Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- Limite région

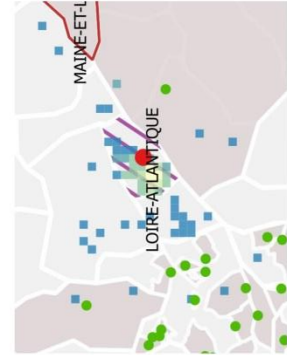
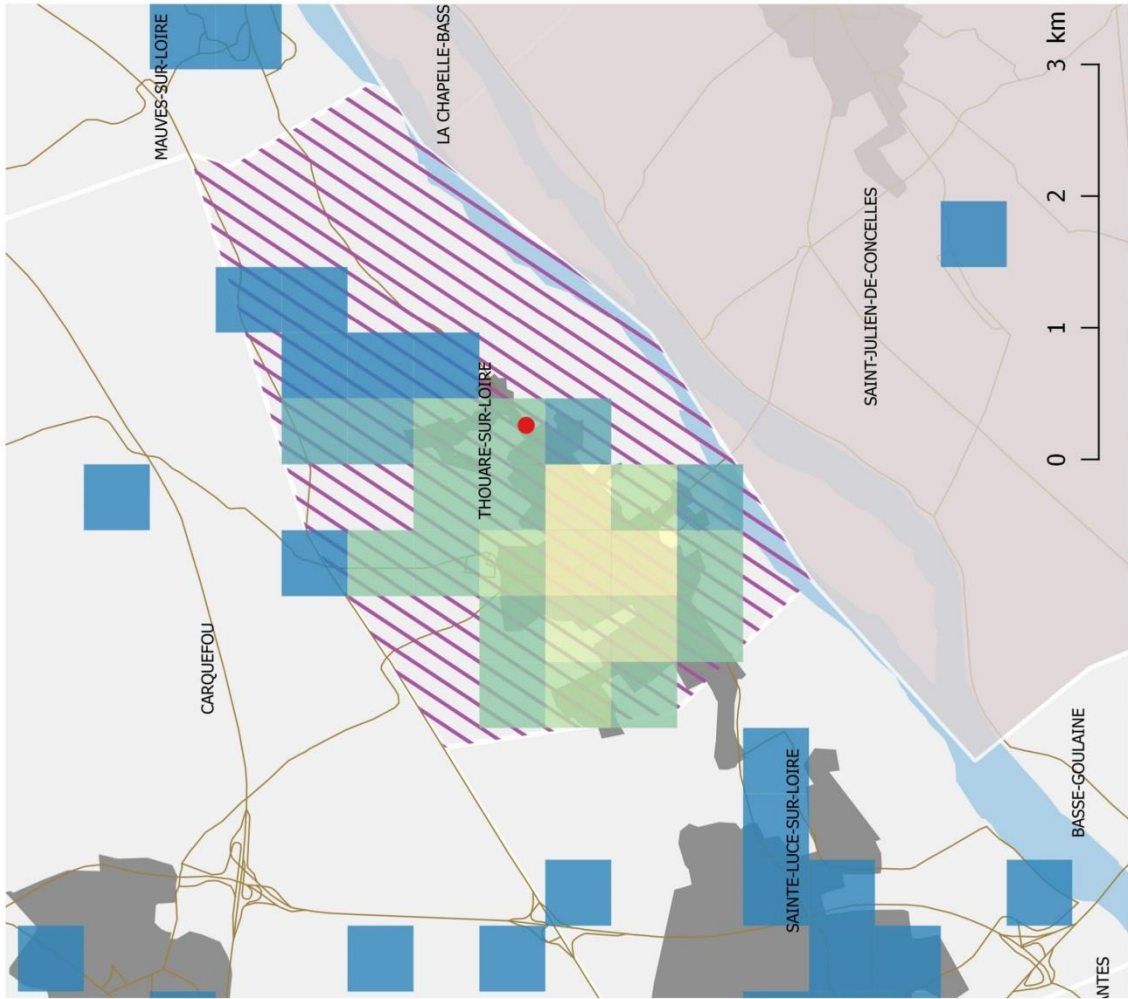


Sources : IGN GeoFLA 2015, 2016, Fichier adhérent Centre social Loir et Berce octobre 2016
 Réalisation : Juliette Michel
 Décembre 2016

REPARTITION SPATIALE DES ADHERENTS DU
CENTRE SOCIAL DE THOUARE SUR LOIRE

Légende

- centre social THOUARE SUR LOIRE
- Territoire d'agrément THOUARE SUR LOIRE
- centres sociaux
- Territoires d'agrément des centres sociaux
- Densité d'adhérents / 500m²
- 1 à 2
- 2 à 5
- 5 à 11
- 11 à 20
- 20 à 32
- 32 à 40
- Occupation du sol
- Bâti
- Eau
- Forêt
- Routes départementales
- Communes (2015)
- Limites départements



Sources: IGN GeoFLA 2015, 2016,
Fichier adhérents Centre social
Thouare sur Loire Juin 2017
Réalisation : Juliette Michel Juillet
2017

INDEX – figures, cartes, tableaux et encadrés

Figures

Figure 1 : Structuration de la partie I	18
Figure 2 : Répartition des noms des structures agréées Centre Social dans la région Pays de la Loire	21
Figure 3 : Activités les plus fréquentes dans les Centres Sociaux en 1951	30
Figure 4 : Financeurs et produits des Centres Sociaux français	36
Figure 5 : Répartition des Centres Sociaux français par type d'espace	49
Figure 6 : Comparaison des modes de gestion au niveau national et dans Pays de la Loire	61
Figure 7 : Proportion des modes de gestion parmi les Centres Sociaux créés entre 1962 et 2015	64
Figure 8 : Exemple d'action de Centres Sociaux des Pays de la Loire dans le document « La vieillesse, une ressource pour la société » (FCSF 2018)	71
Figure 9 : Les déterminants sociaux de la santé	113
Figure 10 : La "Gérontologie faite géographiquement" à la rencontre des disciplines	115
Figure 11 : <i>Geography of aging</i> , une perspective géographique	116
Figure 12 : Geographical gerontology	117
Figure 13 : Cadre conceptuel des espaces de bien-être	134
Figure 14 : Calendrier des méthodes et collectes	138
Figure 15: Auto-questionnaire SBE question n°11 : revenu	152
Figure 16 : Carnets de terrain	162
Figure 17 : Exemple d'observation : commission nationale Développement Social Local et vieillissement	164
Figure 18 : Éléments d'observations	165
Figure 19 : Exemple d'observation : Journée de l'amitié Pont Morineau	167
Figure 20: Extrait de l'enquête usagers	170
Figure 21 : Pyramide des âges des Centres Sociaux du panel présentant cette information	179
Figure 22 : Exemples d'activités sportives pour les plus de 60 ans	184
Figure 23 : Exemples de fiche action intergénérationnelle	188
Figure 24 : Couverture des documents Repères de la FCSF sur le vieillissement de 2012 et 2018	192
Figure 25 : Axes et thématiques d'axes dans les plaquettes SENACS	200
Figure 26 : Thématiques des actions vieillissement et bien-Vieillir dans les Pays de la Loire	201
Figure 27 : Bandeaux de menus des sites internet de Centres Sociaux	207
Figure 28 : Définitions du Bien-vieillir et positionnement des Centres Sociaux.	218
Figure 29 : Positionnement des Centres Sociaux et définition du Bien-vieillir par les adhérents	221
Figure 30 : Modèle des déterminants sociaux de la santé de Dahlgren et Whitehead	225
Figure 31 : Les bien-vieillir des Centres Sociaux	226
Figure 32 : extrait de plaquette de Centres Sociaux présentant des ateliers mémoire	245
Figure 33 : Calendrier d'occupation des salles	250
Figure 34 : Repas collectif	259
Figure 35 : Les Centres Sociaux et les espaces de bien-être	277
Figure 36 : « Concernant le périmètre d'intervention des porteurs »	287
Figure 37 : Comparaison entre la fiche d'inscription et la cartographie des quartiers dans le projet social	291
Figure 38: Exemples de signalétique des Centres Sociaux et distance à la structure à vol d'oiseau	305
Figure 39 : Situation et inscription dans le paysage du CLEP	306
Figure 40 : Exemples d'extérieurs de Centres Sociaux	316
Figure 41 : Comparaison entre les plans de deux Centres Sociaux	318
Figure 42 : Exemple de configuration d'une salle en fonction des activités	320
Figure 43 : Affichage du groupe senior	321
Figure 44 : Appropriation et constitution d'un « chez-soi »	326
Figure 45 : Centres Sociaux et partenaires, s'associer face aux enjeux du vieillissement - identifier les freins pour le développement de partenariat	330
Figure 46 : Le système d'acteurs gérontologiques territorialisés	332
Figure 47 : Répartition des adhérents du Gérontopôle des Pays de la Loire par types	359

Figure 48 : Schéma des champs d'intervention et Institution de références de l'action gérontologique .	360
Figure 49 : Schéma du paysage de l'action gérontologique en Pays de la Loire	361
Figure 50 : Placement des Centres Sociaux dans les Pays de la Loire.....	362
Figure 51 : Positionnement des thématiques des actions financées par les Conférences des financeurs dans les champs d'intervention de la prévention.....	365
Figure 52 : Répartitions des actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire par champs d'intervention	365
Figure 53 : Les Centres Sociaux au sein de l'action gérontologique dans les Pays de la Loire	369

Cartes

Carte 1 : Nombres de Centres Sociaux par départements en 2017	48
Carte 2 : Nombre d'habitants par Centre Social par départements en 2017.....	51
Carte 3 : Les trois France rurales (par cantons).....	53
Carte 4 : Répartition des Centres Sociaux des Pays de la Loire	54
Carte 5 : Couverture des territoires d'agrément des Centres Sociaux des Pays de la Loire	55
Carte 6 : Zones de revitalisation rurales des Pays de la Loire en 2017	57
Carte 7 : �quipements sociaux par communes des Pays de la Loire en 2017	59
Carte 8 : mode de gestion des Centres Sociaux des Pays de la Loire	62
Carte 9 : �volution de la couverture territoriale par les Centres Sociaux entre 1962 et 2015.....	63
Carte 10 : Nombre d'associations pour 10 000 habitants	66
Carte 11 : �tablissements employeurs dans l'ESS par EPCI (2009)	67
Carte 12 : Nombre d'abonnés aux revues « Témoignage ACO » et « Courrier » par communes en 1995..	68
Carte 13 : Population de plus de 60 ans par IRIS des Pays de la Loire 2014.....	70
Carte 14 : Répartition des Centres Sociaux des Pays de la Loire suivant leurs catégories.....	146
Carte 15 : Répartition des communes présentant un Centre Social selon leurs catégories.....	148
Carte 16 : Secteurs et territoire d'agrément pour la Maison de quartier du Pont Morineau � La-Roche-sur-Yon.....	310
Carte 17 : Les différents pôles territoriaux identifiés sur le territoire du Centre Social Indigo � S�vremoine	311
Carte 18 : Localisation de l'Espace de Solidarité Nelson Mandela et de ces antennes à Montreuil-Juigné	313
Carte 19 : Situation du Quartier de la Ramée par rapport au territoire d'agrément de l'Espace socioculturel du Candéen	315
Carte 20 : Nombre d'action financée par les Conférences des Financeurs des Pays de la Loire en 2018 par EPCI	350
Carte 21 : Actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire en 2018 par EPCI et type de porteur.....	353
Carte 22 : Comparaison entre les Centres Sociaux et les établissements publics pour le portage d'actions financées par les Conférences de financeurs en 2018.....	354
Carte 23 : Actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire en 2018 par EPCI et thématiques de l'action.....	363
Carte 24 : Comparaison de la répartition de certaines des thématiques financées par les Conférences des financeurs en 2018.....	364

Tableaux

Tableau 1 : Exemples de définitions du Centre Social.....	23
Tableau 2 : Thèmes des congrès des Centres Sociaux de 1980 à 2000	45
Tableau 3 : Nombre d'habitants par Centres Sociaux dans les 10 régions ayant le plus de centres en 2017.....	52
Tableau 4 : Couvertures spatiales des territoires d'agrément des Centres Sociaux des Pays de la Loire..	54
Tableau 5 : Relation entre les Centres Sociaux et les quartiers prioritaires dans les Pays de la Loire	56
Tableau 6 : Répartition des nouvelles affiliations de Centres Sociaux entre 1978 et 1981, en fonction de la couleur politique des communes.	65
Tableau 7 : Répartition des Centres Sociaux suivant les modes de gestion entre 1967 et 2017	65

Tableau 8: Sujet et échelles de la <i>Geographical Gerontology</i>	118
Tableau 9: Perspectives traditionnelles et TNR sur les services proposés aux personnes âgées	120
Tableau 10 : Questions de recherche et axes de réflexions	128
Tableau 11 : Critères retenus pour la typologie des Centres Sociaux	141
Tableau 12 : Critères retenus pour la typologie des territoires	142
Tableau 13 : Tableaux des valeurs propres des ACM	143
Tableau 14 : Tableaux des valeurs propres par modalités	144
Tableau 15 : Récapitulatif des centres du Panel	150
Tableau 16 : Utilisation des champs lexicaux principaux dans le projet social (en %)	156
Tableau 17 : Evolution des grilles d'entretiens semi directifs	168
Tableau 18 : Liste des entretiens	169
Tableau 19 : Synthèse des outils et méthodes mobilisée suivant les axes de réflexions	172
Tableau 20 : Axes de recherche de la partie II	177
Tableau 21 : Scenarii de la Fonda dans son étude prospective sur les modèles économiques des associations	195
Tableau 22 : Catégories des activités vieillissement des Centres Sociaux	202
Tableau 23 : Dans votre pratique professionnelle, quelle(s) réflexion(s) avez-vous sur les questions de perte de capacité dues à l'âge ?	209
Tableau 24 : Votre Centre Social propose-t-il des actions :	210
Tableau 25 : Que signifie, pour vous, le terme « Bien-vieillir » ? Comment le définiriez-vous ?	211
Tableau 26 : Domaine de formation des répondants à l'auto-questionnaire JPAG	214
Tableau 27 : L'intervention des Centres Sociaux dans ces différents champs du vieillissement doit-être :	216
Tableau 28 : Recoupement des thématiques de réponses à la question : « Que signifie, pour vous, le terme « Bien-vieillir » ? Comment le définiriez-vous ? »	217
Tableau 29 : Qu'est-ce que « Bien-vieillir » pour vous ?	219
Tableau 30 : Qu'est-ce que votre activité/présence dans le centre vous apporte ?	223
Tableau 31 : Qu'êtes-vous venu chercher au Centre Social ?	224
Tableau 32 : Moyenne d'âge des répondants par thématiques d'apport du Centre Social	226
Tableau 33 : Dans votre pratique professionnelle, quelle est la place accordée à la participation des plus de 60 ans?	231
Tableau 34 : Répartition des activités des personnes interrogées	236
Tableau 35 : Résumé des effets des espaces verts et d'eau sur le bien-être physique, mental et social des personnes âgées	239
Tableau 36 : Évolution du nombre moyen d'amis et de connaissances par type d'activité	241
Tableau 37 : Moyennes d'âge par activité des nouveaux adhérents	243
Tableau 38 : Raisons de la venue au Centre Social des participants à une activité sportive	247
Tableau 39 : Apports du Centre Social au bien-vieillir pour les participants à une activité sportive	247
Tableau 40 : Apports au bien-vieillir identifiés par les participants aux activités cérébrales, techniques et manuelles	252
Tableau 41 : Évolutions du nombre moyen d'amis et de connaissances par types d'activités collectives	253
Tableau 42 : Maintien des activités des nouveaux adhérents de plus de 60 ans d'une année sur l'autre	255
Tableau 43 : Évolution du nombre moyen de connaissances et d'amis dans le Centre Social par situation matrimoniale	257
Tableau 44 : Je suis ou ai été bénévole dans une autre association	267
Tableau 45 : Apports en termes de bien-vieillir identifiés par les bénévoles	269
Tableau 46 : Évolution du nombre moyen d'amis et de connaissance par statuts	270
Tableau 47 : Environ combien de temps par semaine passez-vous au centre ou à des activités liées au centre social ?	275
Tableau 48 : Axes de recherche de la partie III	283
Tableau 49 : Exemples de répartition spatiale des adhérents de Centres Sociaux	295
Tableau 50 : Rapport habitants/usagers	296
Tableau 51 : Ma venue au Centre Social:	307
Tableau 52 : Typologie de la coordination par objectifs	334
Tableau 53 : Scénario « coopérons pour être partenaire des politiques »	338

Tableau 54 : Domaines d'intervention des porteurs d'actions financées par les Conférences des financeurs des Pays de la Loire en 2018	349
Tableau 55 : Répartition des adhérents aux Gérontopôle des Pays de la Loire par EPCI	351
Tableau 56 : Répartition des actions portées par les Centres Sociaux financées par les Conférences des financeurs par thématique	366
Tableau 57 : Part des Centres Sociaux dans les thématiques portées par les Conférences des financeurs	367

Encadrés

Encadré 1 : Évaluation du nombre de Centres Sociaux	20
Encadré 2 : Les pionnières des Centres Sociaux	25
Encadré 3 : Exemples de proposition pour bien-vieillir	101
Encadré 4 : Les déterminants sociaux de la santé	113
Encadré 5 : La "French theory"	122
Encadré 6 : Les Centres Sociaux et la cohésion sociale	186

Liste des sigles

ACM	Analyse En Correspondance Multiple
ACTP	Allocation Compensatrice Pour Tierce Personne
ADAPEI	Association Départementale De Parents Et d'Amis Des Personnes Handicapées Mentales
ADMR	Associations De l'Aide A Domicile En Milieu Rural
AGGIR	Autonomie Gérontologique – Groupe Iso-Ressources
APA	Allocation Personnelle Autonomie
ARRCO	Association Des Régimes De Retraite Complémentaire
ARS	Agence Régionale De Santé
ASV	Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement
BPE	Base Permanente Des Equipements
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAH	Classification Ascendante Hiérarchique
Carsat	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé du Travail
CAVS	Circulaire d'Animation de la Vie Sociale
CCAH	Comité national Coordination Action Handicap
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de L'Autonomie
CDF	Conférence Départementale des Financeurs
CIAP	Comités d'Intégration des Acteurs et des Projets
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIFRE	Convention Industrielle de Formation par la Recherche
CLEP	Centre Lavallois D'éducation Populaire
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CMSA	Caisses de Mutualité Sociale Agricole
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Commission Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COG	Convention d'objectifs généraux
CSP	Catégorie socio-professionnelle
CSX	Centres Sociaux
CUMA	Coopérative d'Utilisation du Matériel Agricole
DATAR	Délégation Interministérielle à l'Aménagement au Territoire et à L'action Régionale
DEFA	Diplôme d'Etat relatif Aux fonctions d'Animateur
DSL	Développement Social Local
DSLVL	Développement Social Local et Vieillessement
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunal
ESS	Economie Sociale et Solidaire
FCSF	Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France
GIP	Groupement d'Interet Public
GIR	Groupe Iso-Ressource
HLM	Habitation à Loyer Modéré
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
I-CARE	Impact de l'action des Centres Sociaux sur l'avancée en age et la perte d'autonomie
IFS	International Federation of Settlements
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRIS	Ilots regroupés pour des indicateurs statistiques
JAC	Jeunesse Agricole Catholique
JOC	Jeunesse Ouvrière Chrétienne
JPAG	Journées Professionnelles de l'Animation Globale
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ De l'Autonomie.
MJC	Maison des Jeunes et de la Culture

MRJC	Mouvement rural de la jeunesse chrétienne
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSAP	Maison de services au public
OAREIL	Office aquitain de recherches, d'études, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODAS	Observatoire national de l'action sociale décentralisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PNS	Plan national Santé
RET	Recours Extérieur au Territoire
RSA	Revenu de Solidarité Active
SBE	Santé bien être
SENACS	Système d'Echanges National des Centres Sociaux
SIG	Système d'Information Géographiques
SIVOM	Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple
SIVU	Syndicat Intercommunal à Vocation Unique
SSIAD	Service de soins infirmier à domicile
TNR	Théorie Non Représentationnelle
UNCAF	Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales
VADA	Ville amie des aînés
ZRR	Zone de Revitalisation Rurale

Table des matières

Introduction Générale	9
Bien vieillir : enjeux opérationnels, enjeux scientifiques	10
Les Centres Sociaux et le contexte de recherche	10
Problématique	12
Plan de la thèse	13
Partie I : Faire une géographie du vieillissement dans les Centres Sociaux.	15
Introduction de la Partie I	17
Chapitre 1 : Centres Sociaux et territoire : histoire, pratique et géographie	19
Introduction	19
1. Les Centres Sociaux : définitions et modes d’actions	20
Introduction	20
Agrément, nom et fédéralisme	20
La Fédération des Centres Sociaux et Socioculturels de France	21
Définir le Centre Social	22
1.1. Les Centres Sociaux français : de l’émergence à la défense d’un modèle	24
1.1.1. Aux origines de l’assistance sociale : 1894 – 1945	24
1.1.1.a. Prendre en charge la question ouvrière	24
1.1.1.b. La résidence comme principe de l’action	26
1.1.1.c. Questionner son héritage	28
1.1.2. Du Centre Social au centre socioculturel : 1945 – 1980	29
1.1.2.a. De la question ouvrière à la politique familiale	29
1.1.2.b. L’animation de la vie sociale locale	30
1.1.2.b.i Intervenir sur un secteur géographique	30
1.1.2.b.ii Le tournant socioculturel	31
1.1.2.b.iii L’animation globale	32
1.1.2.c. Définition de l’institution et militantisme	33
1.1.3. Politiques publique et crise de sens : depuis 1980	34
1.1.3.a. Vers les définitions du Centre Social	34
1.1.3.b. Évolution du financement	35
1.1.3.c. Le retour aux valeurs	36
1.1.4. Du choix d’une définition	37
1.2. De l’espace à l’habitant : évolution du rapport au territoire dans les Centres Sociaux	38
1.2.1. L’espace de la communauté	38
1.2.1.a. Le voisinage	38
1.2.1.b. Professionnalisation de l’intervention sociale	39
1.2.2. Le quartier et les usagers	40
1.2.2.a. L’équipement urbain	40
1.2.2.b. L’émergence de l’usager : spatialisation et décentralisation	41
1.2.3. Le territoire ou les habitants ?	42
1.2.3.a. Le projet de territoire une démarche de développement social local	42
1.2.3.a.i Un projet de territoire	42
1.2.3.a.ii La participation de l’usager	43
1.2.3.b. La figure de l’habitant	44
1.2.3.b.i Une autre traduction de la proximité	44
1.2.3.b.ii Le pouvoir d’agir	45
1.2.3.c. Le territoire comme moyen de légitimer l’action	46

2. Géographie des Centres Sociaux : entre outil politique et héritages locaux	48
Introduction	48
2.1. Un équipement de réponse à des problématiques territorialisée ?	49
2.1.1. Répartition spatiale des Centres Sociaux en France	49
2.1.1.a. Une implantation en lien avec la démographie	49
2.1.1.b. Un enjeu de revitalisation rurale ?	50
2.1.2. Regard sur les Pays de la Loire	51
2.1.2.a. Les Centres Sociaux des Pays de la Loire	51
2.1.2.a.i Une dominante rurale ?	52
2.1.2.a.ii Couverture territoriale	54
2.1.2.b Centres Sociaux et territoires Prioritaires	56
2.1.2.b.i Quartiers politiques de la ville et revitalisation rurale	56
2.1.2.b.ii Le manque d'équipements	58
2.1.3. Au-delà de l'outil	60
2.2. Le rôle des héritages militants et associatifs locaux dans la mise en place des Centres Sociaux	60
2.2.1. Modes de gestions	60
2.2.2. La dépolitisation des Centres Sociaux	64
2.2.3. Dynamiques associatives et économie sociale	65
2.2.3.a. Implantation de l'ESS dans les Pays de la Loire	66
2.2.3.b Une inscription dans l'histoire de la région	67
2.3. Les Centres Sociaux et la question du vieillissement des territoires	69
2.3.1. Une région vieillissante	69
2.3.2. Les Centres Sociaux des pays de la Loire face à la question du vieillissement	71
Conclusion du chapitre 1	72
Chapitre 2 : Bien-vieillir : de la théorie gérontologique aux politiques publiques	75
Introduction	75
1. Une construction théorique sur le vieillissement	76
Introduction	76
1.1. Les premières théories du vieillissement	77
1.1.1. Théories du désengagement et de l'activité	77
1.1.2. Construction d'une vieillesse homogène	78
1.2. Les vieillissements positifs	78
1.2.1. Vieillissement réussi	79
1.2.2. Vieillissement actif	80
1.3. Bien-vieillir : Successful aging ou Well-aging ?	81
2. Vieillissement et politique publique	82
Introduction	82
2.1. Des retraites au 3 ^e âge	83
2.1.1. La création du système de retraite	83
2.1.1.a. Les débuts de la Sécurité Sociale	83
2.1.1.b. Le retraité	84
2.1.2. La politique des modes de vie	84
2.1.3. Le 3 ^e âge	85
2.1.4. Les acteurs d'un champ émergent	86
2.1.4.a Les innovateurs périphériques	86
2.1.4.b. Les Centres Sociaux : des vieillards à la famille	87
2.2. Inflexion et décentralisation des politiques vieillesse	88
2.2.1. Décentralisation	88
2.2.2. Ages et âgisme	90
2.2.3. Professionnalisation et concurrence	91
2.3. Dépendance et Prévention	92
2.3.1. Sanitaire ou Social	92
2.3.2. Coordination	94

3. Les enjeux de la mise en place d'une politique du bien vieillir	96
Introduction	96
3.1. Construire une politique du bien vieillir	96
3.1.1. Coordination des politiques du bien vieillir : la Conférence des financeurs	97
3.1.2. Enjeux pour le secteur associatif	99
3.2. Qualifier le bien vieillir	100
3.2.1. Image de la personne âgée & citoyenneté	102
3.2.2. Description, narration ou proposition	102
3.2.2.a. Une question de perspective	102
3.2.2.b. Des effets négatifs à la promotion d'une image positive du vieillissement ?	103
3.2.3. Processus biologique ou social	104
3.3. Bien vieillir à l'échelle locale	105
Conclusion du chapitre 2	106
Chapitre 3 : Bien vieillir : Quelle géographie du vieillissement ? Approche de la thèse.	109
Introduction	109
1. Gérontologie et géographie : l'approche anglo-saxonne	110
Introduction	110
1.1. Le tournant spatial	111
1.1.1. Qu'est-ce que le « spatial turn » ?	111
1.1.2. Le tournant spatial en gérontologie	113
1.2. Gérontologie et géographie : quelles intersections ?	114
1.2.1. La gérontologie faite géographiquement	114
1.2.2. Geography of aging	115
1.2.3. Geographical gerontology	116
1.3. Rendre compte des relations entre les espaces	118
1.3.1. L'approche argumentée	118
1.3.2. La théorie non représentationnelle	119
2. Géographie et vieillissement : l'approche francophone	121
Introduction	121
2.1. Une Géographie des territoires	121
2.1.1. Distinguer les approches anglophones et francophones	121
2.1.2. Une portée aménagiste	122
2.1.3. L'avènement du territoire	123
2.2. Vieillissement : un objet géographique spécifique ?	124
2.3. Territoire et vieillissement : quelles approches ?	125
2.3.1. Géographie du bien-être	125
2.3.2. L'approche par l'acteur	126
3. Vers une géographie du bien vieillir dans les Centres Sociaux	127
Introduction	127
3.1. L'approche de la thèse	129
3.1.1. Naviguer entre les disciplines	129
3.1.2. Une approche par les acteurs	130
3.1.3. Territoire et Lieu	131
3.2. Les espace du bien vieillir	131
3.2.1. Les théories du bien-être	131
3.2.1.a. La théorie des standards relatifs	131
3.2.1.b. La théorie des capacités	132
3.2.2. Bien vieillir dans les territoires, dans les lieux	134
Conclusion du chapitre 3	135

Chapitre 4 : Méthodologie	137
Introduction	137
1. Aborder le terrain	139
Introduction	139
1.1. Construire un panel	140
1.1.1. Elaboration des variables	140
1.1.1.a. Pour les Centres Sociaux	140
1.1.1.b. Pour les territoires	142
1.1.2. Définir l'échantillon	143
1.1.2.a. Les catégories	143
1.1.2.a.i Les Centres Sociaux	146
1.1.2.a.ii Les territoires	147
1.1.3.b. Le panel	148
1.2. Les auto-questionnaires	150
1.2.1. L'auto-questionnaire santé – bien être	150
1.2.1.a. Un questionnaire pluridisciplinaire	151
1.2.1.b. Les référents	152
1.2.1.c. Interroger les espaces de Bien-être	153
1.2.2. L'auto-questionnaire sur la pratique professionnelle	154
1.3. Projets sociaux et fichiers adhérents	155
1.3.1. Les projets sociaux	155
1.3.1.a. Une rhétorique spécifique	156
1.3.1.b. La question du bien-vieillir	157
1.3.1.c. La question du territoire	158
1.3.2. Produire de la donnée en interne et question de diagnostic	159
1.3.2.a. Les fichiers adhérents	159
1.3.2.c. Échange avec les professionnels	159
2. Faire le terrain	160
Introduction	160
2.1. Observer	161
2.1.1. Les événements fédéraux	162
2.1.1.a. Le cas particulier des commissions	162
2.1.1.b. Une grille générale	163
2.1.2. Les Centres Sociaux	165
2.1.1.a Les observations générales	165
2.1.1.b. Les observations adhérents	166
2.2. Interroger	167
2.2.1. Les entretiens	167
2.2.2. L'enquête usagers	169
Conclusion du chapitre 4	170
Conclusion de la Partie I	173
Partie II : Bien-vieillir : de la stratégie du réseau à la participation sociale des aînés	175
Introduction de la Partie II	177
Chapitre 5 : Dire, faire et vivre le bien-vieillir dans les Centres Sociaux	181
Introduction	181
1. Dire le bien-vieillir dans les Centres Sociaux : enjeux stratégiques et lisibilité de l'action	182
Introduction	182
1.1. Du vieillard assisté au retraité participant	183
1.1.1. Prévention	183

1.1.2.	Participation	185
1.1.3.	Intergénérationnel	187
1.2.	De l'action à ses principes : les précautions du discours fédéral	189
1.2.1.	Un positionnement fédéral basé sur le partenariat	190
1.2.1.a.	Des partenariats structurants	190
1.2.1.b.	De la mise en place de l'action au sens de l'action	191
1.2.2.	Partenariats à mots choisis	192
1.2.2.a.	Adapter le discours au contexte	192
1.2.2.b.	Partenariat et modèle financier des Centres Sociaux	194
1.3.	Lire l'action des Centres Sociaux	196
1.3.1.	Regards fédéraux	197
1.3.1.a.	Evolution du contexte politico-partenarial	197
1.3.1.b.	Une question d'échelle	199
1.3.1.c.	Afficher une ambition	201
1.3.2.	Regard sur les Centres Sociaux.	202
1.3.2.a.	Catégoriser les activités	202
1.3.2.b.	Regard par le projet social	203
2.	Faire et vivre le Bien-vieillir dans les Centres Sociaux : entre compréhensions professionnelles et pratiques personnelles	205
	Introduction	205
2.1.	Nommer le public, nommer les actions	206
2.1.1.	Un secteur « vieillissement » dans le Centre Social ?	206
2.1.2.	Centre Social : un accueil pour tous ?	207
2.1.3.	Nommer ou ne pas nommer le Bien-vieillir	210
2.2.	Définir le bien-vieillir pour les professionnels des Centres Sociaux	210
2.2.1.	Le poids de la santé	212
2.2.1.a.	Une mise à distance des aspects de santé physique	212
2.2.1.b.	Formation	213
2.2.1.c.	Santé environnement et partenariat	215
2.2.2.	Positionner le bien-vieillir pour les Centres Sociaux	217
2.3.	Vivre le Bien-vieillir dans les Centres Sociaux : Du côté des adhérents	219
2.3.1.	Définitions du bien-vieillir par les plus de 60 ans	219
2.3.2.	Apports du Centre Social en termes de bien-vieillir	222
2.3.2.a.	Le projet et l'engagement bénévole	222
2.3.2.b.	La pratique d'activité	223
2.3.2.c.	Activités et Lien social	225
	Conclusion du chapitre 5	227
Chapitre 6 :	La participation sociale : une clé pour bien-vieillir ?	229
	Introduction	229
	Définir la participation sociale des aînés	230
	La participation sociale des aînées dans les Centres Sociaux	231
1.	Les interactions sociales : les apports de la consommation d'activité	233
	Introduction	233
1.1.	Un mode de participation sociale discret, mais présent	233
1.1.1.	L'« usager » : l'oublié de la participation sociale	233
1.1.2.	Identifier les types d'interaction selon les activités	234
1.1.2.a.	L'interaction en contexte collectif : une question de genèse de l'activité	234
1.1.2.b.	La question de l'activité sportive	235
1.2.	Fonctionner au quotidien	236
1.2.1.	Le recours aux soins	237
1.2.2.	Adapter la pratique pour ne pas l'abandonner	237
1.2.2.a.	Ne pas renoncer à des pratiques	237
1.2.2.b.	Le jardin : maintien d'un paysage thérapeutique	238
1.2.3.	Créer du capital social	240

1.2.3.a. Développer des liens d'amitié	240
1.2.3.b. Capital social et santé	242
1.3. Entretien son corps, entretenir son réseau	242
1.3.1. Une forme de prévention ?	243
1.3.1.a. Entre prévention et négation du risque	243
1.3.1.b. La temporalité de la démarche de prévention	245
1.3.2. Sport et convivialité : création de lien social ?	246
2. Les activités collectives : Apprendre et exister	248
Introduction	248
2.1. Un mode de participation au cœur de la proposition des Centres Sociaux	249
2.2. Avoir une place au sein d'un groupe	250
2.2.1. Valoriser son savoir et apprendre	250
2.2.2. Appartenir à un groupe	253
2.2.2.a. Le cas des activités sociales	253
2.2.2.b. La question du veuvage	255
2.3. De la différence d'âge à l'intergénérationnel	258
2.3.1. Dire et faire l'intergénérationnel	258
2.3.1.a. L'activité intergénérationnelle	258
2.3.1.b. La question des générations	261
2.3.2. S'inscrire dans une relation intergénérationnelle	262
2.3.2.a. Être plus que des grands-parents	262
2.3.2.b. Faire face à son avancée en âge	263
2.3.2.c. Le pluri-générationnel comme prévention de la "ghettoisation" des seniors ?	264
3. Le bénévolat et l'engagement : entre accomplissement et épuisement	265
Introduction	265
3.1. S'engager dans le Centre Social : une continuité du parcours personnel	266
3.1.1. Continuer son parcours	266
3.1.1.a. Continuité du parcours professionnel	266
3.1.1.b. Un engagement local	267
3.1.1.c. Continuité du militantisme	268
3.1.2. Apprendre ou être utile ?	269
3.2. Le bénévole : l'ami de tous ou un professionnel particulier	270
3.2.1. Connaissance, amis et distance professionnelle	270
3.2.2. Une forme de bénévolat difficile d'accès	272
3.3. De l'envie d'être utile à l'épuisement bénévole	273
3.3.1. L'utilité sociale : une injonction ?	273
3.3.2. Les risques du surinvestissement	274
Conclusion du chapitre 6	276
Conclusion de la Partie II	279
Partie III : Les Centres Sociaux : acteurs de la proximité ?	281
Introduction de la Partie III	283
Chapitre 7 : Territoire et proximité dans les Centres Sociaux	285
Introduction	285
1. Le territoire, l'usager et l'habitant	286
Introduction	286
1.1. Définir l'habitant : entre question de participation et de proximité	287
1.1.1. Habiter : s'inscrire dans une échelle locale	287
1.1.2. Usagers et habitants : deux populations des Centres Sociaux	288
1.2. Cartes, adresses et données : un rapport au territoire tenu dans les Centres Sociaux	289
1.2.1. Le territoire d'agrément : Terra incognita	289
1.2.1.a. Une existence du territoire au-delà de la rhétorique ?	289

1.2.1.b. Cartographier les territoires des Centres Sociaux : mission impossible ?	290
1.2.2. Renseigner la donnée	291
1.2.2.a. Manque d'harmonisation	291
1.2.2.b. Renseigner pour la pratique plus que sur la pratique	292
1.2.3. Usagers et habitants : entre spatialisation des adhérents et croisement des données	294
1.2.3.a. L'utilisateur est-il un habitant ?	294
1.2.3.b. Un croisement des données difficiles	297
1.3. Une action territorialisée ?	298
1.3.1. Une activité en lien avec le territoire ?	299
1.3.1.a. Évaluer son action	299
1.3.1.b. Lier le territoire au projet	300
1.3.2. Un diagnostic co-construit : quelle consultation ?	301
1.3.2.a. Identifier la population cible	301
1.3.2.b. Consulter et co-construire avec des partenaires	302
1.3.2.c. Consulter en dehors du diagnostic	303
2. Proximité et appropriation des espaces	304
Introduction	304
2.1. Travailler la proximité, travailler en proximité	304
2.1.1. S'inscrire dans le paysage	304
2.1.1.a. La question de la signalétique	304
2.1.1.b. Des Centres Sociaux à la marge	305
2.1.2. S'inscrire dans les habitudes	308
2.1.2.a. La continuité historique	308
2.1.2.b. Changer de territoire, changer de population	309
2.1.2.c. Les antennes : une adaptation aux habitudes plus qu'au territoire	311
2.1.2.d. Appropriation du territoire	314
2.2. Le Centre Social comme lieu	315
2.2.1. « Être » un Centre Social : plan et façades	315
2.2.1.a. Identité extérieure	315
2.2.1.b. Le rôle des accueils	317
2.2.2. Créer, marquer et s'approprier des espaces	319
2.2.2.a. Identités, groupe et disposition des salles	319
2.2.2.b. Permettre l'appropriation	322
2.2.2.c. Appropriation et participation	324
Conclusion du chapitre 7	325
Chapitre 8 : Intégrer un système d'acteurs : les Centres Sociaux face à l'action gériatrique	329
Introduction	329
1. Centres Sociaux et acteurs gériatriques	332
Introduction	332
1.1. Une légitimité de coordination ?	333
1.1.1. Enjeux et objectifs	333
1.1.2. Une coordination par le Centre Social : le cas du portage du CLIC	334
1.2. Le Centre Social vecteur de lien entre les acteurs ?	336
1.2.1. Relation à la collectivité territoriale : Entre refus de l'instrumentalisation et portage de politiques publiques	336
1.2.2. Le Centre Social comme lieu d'interconnaissance	338
1.3. Une méconnaissance réciproque entre les acteurs	340
1.3.1. Image et public des Centres Sociaux	340
1.3.2. Un acteur encastré	342
1.3.3. L'interconnaissance : une démarche qui reste à faire	344
2. Financement, concurrence et disparités locales	345
Introduction	345
2.1. Les effets de concurrences entre les acteurs	346

2.1.1.	CLIC et Centres Sociaux : entre complémentarité et concurrence	346
2.1.2.	Réorienter son action	347
2.2.	Des réalités locales contrastées	348
2.2.1.	Des couvertures territoriales variables	349
2.2.2.	Vers des effets de centralités ?	350
2.2.3.	La question de l'association au diagnostic.	352
3.	Placer les Centres Sociaux dans le paysage de l'action gérontologique	355
	Introduction	355
3.1.	Construire un cadre de référence pour placer les Centres Sociaux	355
3.1.1.	Gériatrie et gérontologie : une distinction de champs et d'échelle	356
3.1.2.	Silver économie, Centres Sociaux et action gérontologique	357
3.1.2.a.	Modèle économique des Centres Sociaux et rapport aux valeurs	357
3.1.2.b.	Silver économie et coordination gérontologique	358
3.1.3.	Délimiter une zone où placer les Centres Sociaux	360
3.2.	Un placement thématique des Centres Sociaux	362
3.2.1.	Des thématiques locales ?	362
3.2.2.	Les Centres Sociaux dans les Conférences des financeurs	366
	Conclusion du chapitre 8	368
	Conclusion de la Partie III	370
	Conclusion Générale	372
	Une réflexion axée sur le bien-vieillir	372
	Des acteurs périphériques de l'action gérontologique	373
	Entre discours et données	374
	Perspectives à venir	375
	Bibliographie	378
	Ouvrages, articles et communications	378
	Rapports, documents et revues professionnelles	394
	Circulaires et Lois	396
	Sitographie et bases de données	397
	Annexes	401
	Table des annexes	401
	Annexe 1 : La typologie des Centres Sociaux	402
	Annexe 2 : contrat d'engagement	438
	Condition d'engagement :	438
	Contrat d'engagement	439
	Annexe 3 : Auto-questionnaire Santé- bien-être	440
	Annexe 4 : Organisation du suivi de la recherche I-CARE	444
	Annexe 5 : Auto-questionnaire JPAG	445
	Annexe 6 : Grille d'observation générale	446
	Annexe 7 : Entretiens Biographiques	447
	Annexe 8 : Enquête usagers	450
	Annexe 9 : Cartes de répartition des usagers des Centres Sociaux.	452
	INDEX – figures, cartes, tableaux et encadrés	465
	Figures	465

Cartes	466
Tableaux	466
Encadrés	468
Liste des sigles	469
Table des matières	471

RÉSUMÉ

Les Centres Sociaux et socioculturel offrent accueil, animation, activités et services à finalité sociale en proximité. Par leur histoire et leurs affiliations partenariales, ils sont des acteurs reconnus de l'animation de la vie sociale, des politiques familiales et de l'animation enfance/jeunesse. Depuis une dizaine d'années, les CSX se positionnent également comme des acteurs du «bien-vieillir» et de santé publique auprès de la population âgée.

Cette thèse propose une réflexion autour de la place des Centres Sociaux comme acteurs gérontologiques de proximité dans un contexte d'évolution de l'action sociale sur le vieillissement illustré entre autres par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (2015), et face au défi démographique du vieillissement de la population.

Pour cela, il s'agit d'interroger l'action des Centres Sociaux sur ce public ainsi que les enjeux de l'inscription de celle-ci dans le paysage gérontologique. Notre analyse est construite à plusieurs échelles allant de la considération du Bien-vieillir dans un Centre Social à celle dans les Centres Sociaux, en tant que réseau fédéré. Pour définir le rôle des Centres Sociaux comme acteurs du Bien-vieillir dans les territoires, il convient également de comprendre l'impact de leurs actions sur les populations, ainsi que la dimension territoriale de cet impact. Pour cela, nous interrogeons, entre autres, la notion d'«action en proximité». Enfin, le rôle des Centres Sociaux en tant qu'acteur du Bien-vieillir se comprend également par le regard que portent sur eux d'autres acteurs du champ du vieillissement.

Les résultats présentés reposent sur l'utilisation de différentes méthodes qualitatives et quantitatives (entretiens, questionnaires, observations...) mises en place dans le cadre du projet I-CARE porté par l'Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire dans lequel s'inscrit cette recherche par un dispositif CIFRE.

mots-clés : Centres Sociaux, bien-vieillir, proximité, participation sociale des aînées, CIFRE, impacts, territoires et lieux, vieillissement

ABSTRACT

Settlement and Neighborhoods Centers (SNC) offer a local reception, animation, activities and social services. Through their history and their partnership affiliations, they are recognized as stakeholders social life animation, family policies and child/youth animation. For the past ten years or so, SNC have also positioned themselves as stakeholders in "well aging" and public health for the elderly population.

This thesis proposes a reflection on the place of SNC as local gerontological stakeholders in a context of evolution of social action on ageing illustrated inter alia by the Law on the adaptation of society to ageing (2015), and in the face of the demographic challenge of an ageing population.

To do this, it is necessary to question the action of SNC on this public as well as the stakes of its inclusion in the gerontological landscape. Our analysis is built on several scales ranging from the consideration of Well-aging in a SNC to that for SNC, as a federated network. To define the role of SNC as stakeholders of Well-aging in territories, it is also necessary to understand the impact of their actions on populations, as well as the territorial dimension of this impact. To do this, we question, among other things, the notion of "local action". Finally, the role of SNC as stakeholders in the field of Aging is also understood by the way other stakeholder actors in that field view them.

The results presented are based on different qualitative and quantitative methods (interviews, questionnaires, observations, etc.) implemented as part of the I-CARE project carried out by the Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire, which encompasses this research through a CIFRE system

keywords : Settlement and Neighbourhoods centers, well aging, Aging, proximity, elder social participation, CIFRE, impact, Spaces et Places

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e)
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le jj / mm / aaaa

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



Titre : Les Centres Sociaux et Socioculturels et le vieillissement : Quels rôles comme acteurs du bien-vieillir dans les territoires ?

Mots clés : Centres Sociaux, bien-vieillir, participation sociale des aînées, impacts, territoires et lieux, vieillissement

Résumé : Les Centres Sociaux et socioculturel offrent accueil, animation, activités et services à finalité sociale en proximité. Par leur histoire et leurs affiliations partenariales, ils sont des acteurs reconnus de l'animation de la vie sociale, des politiques familiales et de l'animation enfance/jeunesse. Depuis une dizaine d'années, les CSX se positionnent également comme des acteurs du «bien-vieillir» et de santé publique auprès de la population âgée.

Cette thèse propose une réflexion autour de la place des Centres Sociaux comme acteurs gérontologiques de proximité dans un contexte d'évolution de l'action sociale sur le vieillissement illustré entre autres par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (2015), et face au défi démographique du vieillissement de la population.

Pour cela, il s'agit d'interroger l'action des Centres Sociaux sur ce public ainsi que les enjeux de l'inscription de celle-ci dans le paysage gérontologique.

Notre analyse est construite à plusieurs échelles allant de la considération du Bien-vieillir dans un Centre Social à celle dans les Centres Sociaux, en tant que réseau fédéré. Pour définir le rôle des Centres Sociaux comme acteurs du Bien-vieillir dans les territoires, il convient également de comprendre l'impact de leurs actions sur les populations, ainsi que la dimension territoriale de cet impact. Pour cela, nous interrogeons, entre autres, la notion d'«action en proximité». Enfin, le rôle des Centres Sociaux en tant qu'acteur du Bien-vieillir se comprend également par le regard que portent sur eux d'autres acteurs du champ du vieillissement.

Les résultats présentés reposent sur l'utilisation de différentes méthodes qualitatives et quantitatives (entretiens, questionnaires, observations...) mises en place dans le cadre du projet I-CARE porté par l'Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire dans lequel s'inscrit cette recherche par un dispositif CIFRE.

Title : Settlement and Neighborhoods Centers and ageing : Which role as a well-aging local stakeholder ?

Keywords : Settlement and Neighbourhoods centers, well aging, Ageing, elder social participation, Spaces et Places

Abstract : Settlement and Neighborhoods Centers (SNC) offer a local reception, animation, activities and social services. Through their history and their partnership affiliations, they are recognized as stakeholders social life animation, family policies and child/youth animation. For the past ten years or so, SNC have also positioned themselves as stakeholders in "well aging" and public health for the elderly population.

This thesis proposes a reflection on the place of SNC as local gerontological stakeholders in a context of evolution of social action on ageing illustrated inter alia by the Law on the adaptation of society to ageing (2015), and in the face of the demographic challenge of an ageing population.

To do this, it is necessary to question the action of SNC on this public as well as the stakes of its inclusion in the gerontological landscape.

Our analysis is built on several scales ranging from the consideration of Well-aging in a SNC to that for SNC, as a federated network. To define the role of SNC as stakeholders of Well-aging in territories, it is also necessary to understand the impact of their actions on populations, as well as the territorial dimension of this impact. To do this, we question, among other things, the notion of "local action". Finally, the role of SNC as stakeholders in the field of Aging is also understood by the way other stakeholder actors in that field view them.

The results presented are based on different qualitative and quantitative methods (interviews, questionnaires, observations, etc.) implemented as part of the I-CARE project carried out by the Union Régionale des Centres Sociaux des Pays de la Loire, which encompasses this research through a CIFRE system