Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse

Stéphane ALVAREZ [1]

Depuis le début des années 2000, la prévention dans le vieillissement fait l'objet d'une attention particulière de la part des gouvernements successifs. Afin d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et de réduire le risque de voir les retraités et personnes âgées intégrer la catégorie de la dépendance, la politique de prévention promeut le « bien vieillir », notion qui est notamment inscrite dans les objectifs stratégiques des caisses de retraite. Il s'agit, par des actions d'information et de formation, de faire adopter aux personnes vieillissantes des comportements et un style de vie à même de préserver leur santé. Le déploiement d'une politique de prévention en vue de « bien vieillir » est cependant à questionner. Comment cette orientation s'inscrit-elle par rapport à la longue histoire des politiques vieillesse et de leurs acteurs centraux ? Cet article revient sur le processus de mise à l'agenda de la prévention et du « bien vieillir » et s'intéresse à la production et la diffusion de nouvelles normes dans la vieillesse.

Initiée au début des années 2000, la politique de prévention dans le vieillissement est toujours au centre de l'agenda politique actuel. Le 29 octobre 2015 est adopté au Sénat le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Dans ce texte législatif, le « bien vieillir » tient une place centrale et témoigne de l'ambition des décideurs d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population.

La notion de « bien vieillir » s'est vue consacrée politiquement le 24 janvier 2004 par Philippe Bas, alors ministre délégué à la Famille, lors de l'annonce de la mise en place d'un « plan Bien vieillir » qui donnait le départ

1. Maitre de conférences en sociologie, Laboratoire Pacte CNRS, Université Grenoble Alpes et directeur des études, IUT GEA de Vienne, IUT 2 Grenoble. Ce travail est issu d'une étude réalisée pour l'Agence d'objectifs de la CGT (Gucher, Mansanti, Guillalot *et al*., 2012).

d'une politique de prévention destinée à lutter contre les aspects négatifs du vieillissement et à contrecarrer la progression du nombre de personnes âgées catégorisées comme dépendantes. La politique de prévention et la politique de la dépendance traitent deux versants opposés d'un même processus social : l'une s'intéresse à la réussite du vieillissement afin de ne pas intégrer la catégorie de la dépendance, qui signifie une sorte d'échec, de mal vieillir.

Les manières de parler de la vieillesse et de définir les problèmes qui la concernent donnent des éléments de compréhension sur les façons dont elle est pensée et plus largement sur l'évolution de la prise en charge des personnes âgées. Avec la nouvelle mise en forme problématique de la vieillesse sous l'angle de la prévention et du « bien vieillir », il s'agit tout d'abord de comprendre dans quelle logique elle s'inscrit par rapport aux multiples et diverses problématisations politiques que ce phénomène social a connues. Précisément, cet article traite de la façon dont une situation, un phénomène social deviennent un problème public (Gusfield, 2009). La prévention n'est pas sans lien avec les politiques précédemment établies, qui elles-mêmes disaient quelque chose de particulier sur la situation des personnes âgées et des problèmes à traiter. Mais la prévention dans le vieillissement est une préoccupation, qui au regard de l'histoire est extrêmement récente, tout comme la prise en charge des problèmes des plus âgés d'entre nous par les pouvoirs publics qui était il y a deux siècles pratiquement inexistante.

Il s'agit alors de rendre compte des conséquences des diverses formes de problématisations de la vieillesse, et plus particulièrement de celles de la prévention dans le vieillissement. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la pensée de Joseph Gusfield, pour qui « le premier souci du sociologue attaché à la compréhension des problèmes publics est de rendre compte de leur caractère problématique » (2009:3). Cette perspective culturelle permet de penser la dynamique collective de constitution d'un problème public, en intégrant les rapports de force entre différents acteurs qui tous œuvrent pour la domination d'un sens et d'une appropriation spécifique du problème à traiter pour engendrer une forme particulière d'action publique. Cela rend possible la mise au jour des multiples acteurs, des institutions et des organisations qui débattent sur le périmètre du problème à traiter, sur la définition des frontières du problème public et sur la constitution de catégories d'action publique.

Cet article part du constat que la vieillesse, en tant que phénomène social, a été problématisée de diverses manières, depuis les premiers jalons posés par le rapport Laroque de 1962, intitulé *Politique de la vieillesse* (Haut comité consultatif de la population et des familles, 1962), dans lequel les préoccupations prophylactiques étaient déjà présentes et qui ont pour partie influencé la politique de prévention actuelle (I). La problématisation

contemporaine de la vieillesse autour de la question du « bien vieillir » demande de penser le processus de production d'une culture dominante de la prévention et de mettre au jour les multiples acteurs qui ont participé à la définition d'un cadre normatif autour de la prévention : c'est aux individus vieillissants de s'adapter aux conséquences de leur avancée en âge et d'adopter des comportements responsables et un style de vie à même de préserver leur santé (II). Enfin, l'analyse du discours et des actions élaborées par les « acteurs intermédiaires », en premier lieu les caisses de retraite du régime général et du régime complémentaire, met en lumière l'opération de redéfinition des cibles de la prévention et des logiques de l'action sociale (III).

I. Les définitions successives de la vieillesse comme « problème public »

De la création de la Sécurité sociale en 1945 et du système des retraites, en passant par une politique des modes de vie qui fait du maintien à domicile et de l'insertion sociale des personnes âgées l'objectif prioritaire, jusqu'à l'établissement d'une politique de la dépendance puis de prévention de la dépendance, les questions de vieillesse et de vieillissement sont investies de manières différentes par la puissance publique, en fonction du contexte économique et social et de l'évolution démographique notamment.

La prévention dans les politiques de la vieillesse et du vieillissement, en tant que domaine d'intervention des pouvoirs publics, résulte d'une orientation particulière de la problématisation de la vieillesse comme problème public. L'étude des mises à l'agenda politique successives fait apparaître la prévention comme une forme singulière d'inscription dans les préoccupations des gouvernants, mais qui trouve ses deux fondements – prévention sociale et prévention sanitaire – dans les politiques précédemment élaborées et qui ont contribué à organiser le temps social de la retraite.

I.1. L'invention des retraites et des retraités

L'invention des retraites en tant que système des solidarités relatif à la prise en charge des individus vieillissants a été analysée dans de nombreux travaux de recherche qui font aujourd'hui office de classiques des sciences sociales (Hatzfeld, 1975 ; Guillemard, 1986). C'est dans une société industrielle du début du XX^{e} siècle, en proie à la lutte des classes, que la vieillesse ouvrière a occupé une place centrale dans les préoccupations politiques de la Troisième République pour en faire une catégorie d'intervention publique (Dumons, Pollet, 1994 ; 1995). Il faut préciser que les premières règles d'un régime général géré par l'État ont été posées en 1853 pour le régime de retraite des fonctionnaires.

L'histoire moderne des retraites s'engage à la fin du XIX[e] siècle, au moment où se posent les questions de sécurité, de conditions de travail et de vie dans une société industrielle qui impose de nombreux changements sociaux : urbanisation, industrialisation, développement de la société salariale. Robert Castel, dans ses *Métamorphoses de la question sociale* (1995), montre à quel point la vulnérabilité économique, sociale, matérielle entraîne une paupérisation extrême de ces travailleurs de la société industrielle. Face à des mouvements ouvriers de plus en plus nombreux et violents dans la seconde moitié des années 1800 (Noiriel, 1986), des initiatives privées, par le biais de caisses de retraite patronale [2], vont suivre l'exemple du régime des retraites de la fonction publique. Le but est de maintenir la paix sociale dans les ateliers et les usines, stabiliser et rassurer les travailleurs, et assurer la production en favorisant le remplacement des vieux ouvriers à la productivité déclinante.

Ces régimes pionniers de retraite – fonction publique et initiatives patronales – traduisent la montée progressive de la problématique de la vieillesse sous l'angle des difficultés économiques et sociales que connaissent les ouvriers vieillissants, qui face à des incapacités physiques se trouvaient relégués au rang des indigents : sans travail, jusqu'alors, aucune intervention publique ou patronale ne permettait de vivre décemment. Plus largement, les retraites patronales et de la fonction publique ouvrent une page nouvelle de la condition salariale, en devenant des références dont l'existence prépare la généralisation progressive, qui ne s'est pas faite sans heurt et sans opposition.

La loi pionnière de 1910 sera en effet votée à la suite de vifs débats entre trois acteurs principaux : le mouvement ouvrier, qui a donc contribué à mettre sur le devant de la scène les préoccupations des prolétaires en matière de sécurité économique, tout autant que de sécurité au travail ; le patronat, qui a développé des initiatives, localisées à certaines corporations, et les pouvoirs publics, dont il sera retenu le rôle interventionniste sur la question des retraites. La loi de 1910, qui procède à une généralisation du droit à la retraite pour les travailleurs les plus pauvres, retient le principe d'obligation de cotisations. Si sa mise en application a été délicate et a fait face à des tensions et un boycott de la CGT, réticente sur la question des cotisations ouvrières, cette loi a cependant inauguré « une dynamique assurantielle à caractère obligatoire » (Dumons, Pollet, 1994) qui se poursuivra avec la loi sur les assurances sociales de 1930.

Le droit social à la retraite deviendra universel pour les salariés avec les ordonnances de la Sécurité sociale en 1945. La mise à l'agenda de la vieillesse comme problème public s'est développée autour des questions

2. On compte à la fin du XIX[e] siècle 229 entreprises possédant une caisse de retraite, pour un total de 115 000 ouvriers affiliés (Dumons, Pollet, 1994).

économiques et se conclut en 1945 sur ces mêmes préoccupations. Cependant, les retraites, qui témoignent de l'importance de la question ouvrière dans la société du XIXe siècle, vont s'institutionnaliser en 1945 dans un référent universel : l'âge de la retraite (Alvarez, 2016). Elles ne concernent donc plus la seule classe populaire qui a fait émerger les problèmes de la vieillesse et la réponse généralisée des retraites. D'une préoccupation socialement située autour des plus pauvres des travailleurs qui jusqu'alors finissaient leur vie dans la pauvreté, la retraite devient un système de pension s'appliquant à tous les travailleurs salariés. En 1945, c'est une catégorie sociale qui voit le jour : celle de retraité. Cette catégorie est basée sur un seuil d'entrée par l'âge, 65 ans étant le seuil requis pour passer du statut de travailleur à celui de retraité. Le choix de l'âge s'est fait dans un compromis entre employeurs, salariés et administration, chacune des parties trouvant dans ce critère des éléments pertinents : pour les employeurs, c'est le meilleur moyen de dépersonnaliser les relations avec les employés ; pour les salariés, c'est le moyen de mettre en place une règle du jeu unique qui assure les mêmes droits à tous, et pour l'administration, c'est un outil simple, identique et rigoureux. La mise en place des retraites fait de l'âge « l'outil démocratique par excellence » (Percheron, 1991:127).

La construction particulière d'un ensemble social, « les retraités », résulte ainsi de l'identification du « problème social » de la vieillesse et de sa mise à l'agenda politique. La vieillesse devient de façon effective le temps de la retraite, transformant les « vieillards » en « retraités » et ouvrant la voie à de nouvelles catégories qui vont segmenter ce nouvel ensemble social et dont on va trouver les prémices de ce qui deviendra bien plus tard la politique de prévention.

I.2. La prévention dans les politiques vieillesse

L'histoire des politiques de la vieillesse en France met en lumière le fait que la prévention existait avant la politique de prévention contemporaine et la norme du « bien vieillir ». Plus encore, en reprenant l'analyse d'Hélène Thomas sur le mouvement d'institutionnalisation de la dépendance dans les années 1990 [3], j'émets l'hypothèse que la prévention actuelle repose sur deux fondements : une prévention sociale issue du rapport Laroque et de ses héritiers, et une prévention sanitaire issue de l'hygiénisme du XVIIIe siècle [4]. Ce qui m'intéresse ici, c'est de mettre en lumière le fait que

3. Hélène Thomas (2005) montre comment la catégorie de la dépendance, institutionnalisée à la fin du siècle dernier, repose sur deux types de dispositifs d'assistance distincts : l'hospicialisation et l'hospitalisation. Le premier désigne « le dispositif ancien combinant assistance et contrôle social total des vieillards indigents dans leur vie quotidienne, à leur domicile ou en établissement » et caractérise le fondement social de la prise en charge de la dépendance, qui s'articule au dispositif d'hospitalisation, qui est fondé sur la pathologisation et la médicalisation du vieillissement et soulève l'aspect sanitaire.
4. L'impact de l'hygiénisme du XVIIIe siècle sur la prévention contemporaine est discutée dans mon travail de thèse, chapitre 1 : « La prévention, une catégorie d'action publique ».

le rapport Laroque de 1962, première pierre de la politique vieillesse en France, contenait des orientations préventives que l'on va retrouver pour partie dans les dispositifs actuels de la politique de prévention.

Le début des années 1960 est en effet le moment d'une orientation politique majeure face aux problèmes de la vieillesse. Celle-ci ne se trouve plus problématisée en termes de pauvreté et de transferts sociaux en guise de solutions apportées, mais de façon plus globale comme une population à maintenir dans la vie sociale. Avec le rapport Laroque de 1962, l'État devient le catalyseur d'une reformulation du débat sur la vieillesse. Son rôle ne se limite plus à des fonctions seulement économiques, mais ouvre la voie à de nouveaux espaces d'intervention publique. Le rapport Laroque propose notamment des actions qui existaient déjà de façon parcellaire et embryonnaire au niveau local chez certains praticiens de l'action sociale (Gaudmer, 1962:18) : développement de services d'aide-ménagère pour favoriser le maintien à domicile, construction de résidences adaptées type logement-foyers, clubs pour personnes âgées, résidences de vacances, etc.

Les sociologues de la vieillesse et du vieillissement ont interprété cette orientation politique comme l'avènement d'une politique du mode de vie (Guillemard, 1986 ; 1988:126) qui a contribué à définir une nouvelle manière d'être âgé, celle du « troisième âge » (Lenoir, 1979) : les retraités sont appelés à être actifs et consommateurs. Le pouvoir politique, avec le rapport Laroque, effectue sa première tentative de pénétrer les lieux de vie des personnes âgées, en organisant leurs loisirs, en mettant en place des interventions au domicile *via* les prestations d'aide-ménagère notamment, en s'immisçant jusque dans leurs modes de vie et la façon dont ils affrontent la vieillesse.

L'idée de prévention rejoint la nécessité de l'époque de favoriser le maintien à domicile des retraités. Deux facteurs concernent particulièrement la visée préventive contenue dans le rapport Laroque : la demande d'adaptation de la société aux problèmes soulevés par le vieillissement et l'important effort en matière d'action sociale. L'objectif est de faciliter l'intégration sociale tout en prévenant les facteurs d'aggravation du vieillissement. Ces facteurs sont essentiellement sociaux et relatifs au quotidien des personnes, le logement, les relations sociales, l'occupation et l'organisation du temps, etc. Ce que recommandent les rapporteurs, c'est de concentrer les actions sur l'adaptation de la société et des politiques publiques aux spécificités nouvelles de la vieillesse : en ce sens, c'est à la société de s'adapter et non aux personnes âgées de s'adapter à leur avancée en âge, sans que des actions soient mises en place sur leur environnement.

La politique de la vieillesse doit également être soutenue par une action sociale forte : « Le maintien, à tous égards souhaitable, des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner

d'un important effort d'action sociale pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes : l'effort le plus important à cet égard doit porter sur l'aide-ménagère à domicile » (Haut comité consultatif de la population et des familles, 1962:271). C'est l'action sociale qui témoigne d'un souci préventif dès l'origine de la politique de la vieillesse. Développer l'action sociale avec l'aide-ménagère en tête de proue, c'est inventer de nouvelles formes de vie sociale en améliorant et en construisant des logements, en proposant des services aux personnes âgées (aide à domicile, services d'ordre social et culturel destinés à lutter contre l'isolement, etc.). En ce sens, les propositions de la commission d'étude se situent pleinement dans une prévention sociale, dans laquelle la société est entendue comme un espace de socialisation et la prévention est pensée comme un élément de la construction du lien social. C'est dans une visée préventive que le rapport Laroque, afin de ne pas « aggraver le vieillissement », s'attaque aux conditions de vie des retraités, en promouvant une politique d'action sociale forte ayant vocation à produire des effets sur le milieu de vie des retraités, sur leur environnement social immédiat.

Les préconisations et les orientations du rapport Laroque ne seront que tardivement, et partiellement, suivies d'effets. L'orientation sociale de la politique de la vieillesse trouvera son application la plus large dans la circulaire Franceschi de 1982, relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et les personnes âgées. La circulaire porte en grande partie sur « la prévention : une gamme diversifiée de services permet de retarder l'apparition de la perte d'autonomie et de la compenser [5] ». C'est donc bien dans un souci de prévention sociale que les services doivent élaborer leurs actions : une palette variée de services permet de maintenir les contacts sociaux et d'éviter l'apparition de handicaps sociaux.

Ainsi la circulaire Franceschi consacre l'orientation sociale de la politique vieillesse préconisée depuis le rapport Laroque et relayée entre-temps par les rapports Questiaux de 1971 et Lion de 1980. Tout ce qui est pensé et mis en place l'est au prisme de l'amélioration de l'environnement de la personne, de la réduction des inégalités sociales et de la prévention de situations pouvant introduire une rupture avec le milieu de vie. Sans être institutionnalisée en une politique spécifique, la prévention trouve une partie de ses fondements dans l'approche sociale développée par le rapport Laroque et ses successeurs.

I.3. Politique de la dépendance et prévention

Le rapport Laroque, en tant que point de départ des politiques gérontologiques, a non seulement priorisé dans une visée sociale l'insertion des

5. Circulaire du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées, *JORF*, 8 juin 1982, p. 5358.

personnes âgées, en proposant des mesures qui investissent le quotidien même de ces dernières, mais a également posé la question de leur santé en donnant naissance à une entreprise de distinction du vieillissement pathologique et du vieillissement normal. Le rapport précise que le vieillissement pathologique demande aux pouvoirs publics d'assurer un ensemble d'aides pour les personnes faisant face à une incapacité de réaliser les actes de la vie quotidienne. En ce sens, une première division de la vieillesse en deux sous-catégories apparaît dans le rapport Laroque, lequel suggère qu'à un « troisième âge » vigoureux et actif succède une période de potentielles difficultés due aux déficiences physiologiques qui accompagnent le processus de sénescence. En somme, la retraite se découperait en deux catégories, ce qui tend à repousser le modèle de la vieillesse vers ceux qui font face à des problèmes de santé et dont le mode de vie en est impacté. C'est de cette distinction qu'est née dans les années 1990 la politique de la dépendance et la catégorie d'action publique associée.

La prestation expérimentale dépendance (PED), lancée dans 12 départements [6], va voir le jour le 1er janvier 1995 et aboutira au vote de la prestation spécifique dépendance (PSD) généralisée à l'ensemble des départements au 24 janvier 1997. Cette loi pose légalement la frontière entre adultes handicapés et personnes âgées (Alvarez, 2016:177) : les personnes sont éligibles à la prestation dépendance à partir de 60 ans, qui devient l'âge à partir duquel est ouvert le droit à la PSD, réformée en 2001 par la loi 2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Cette allocation représente aujourd'hui le dispositif principal de la politique de la vieillesse en France.

La dépendance est devenue une catégorie d'action publique par un travail de chiffrage de la population dépendante, sous-entendu dépendante de services d'aides et de soins pour mener à bien les activités principales de la vie quotidienne. Le monde politique, afin de comptabiliser et cibler le nombre de personnes dépendantes, avait besoin d'un outil de mesure et d'évaluation de la dépendance, afin de pouvoir classer les personnes dépendantes dans différentes catégories, de calculer les coûts qui en découlent, et de tarifer les coûts en établissement. L'objectif de la politique publique devient donc la mesure (Frinault, 2005:28), qui permet d'appréhender le

6. Les lois de décentralisation de 1982 et 1983 impulsées par le gouvernement socialiste, qui ont consisté à transférer des compétences administratives de l'État vers les collectivités locales, ont impacté l'établissement de la prestation dépendance au tournant des années 1990. Depuis la loi du 22 juillet 1983, les départements se voient attribuer la compétence de gestion des prestations d'aide sociale et des services et établissements sociaux et médico-sociaux. Alors que l'État reste le garant de la solidarité nationale pour tous au travers des prestations de solidarité nationale et de sécurité sociale, le choix sera fait d'une gestion décentralisée de la dépendance et d'un pilotage par les conseils généraux, aujourd'hui nommés conseils départementaux.

problème social de la vieillesse dépendante à travers une grille d'analyse objectivante.

Cette grille d'évaluation sera baptisée Aggir – Autonomie gérontologique groupes iso-ressources. Les données de la grille sont traitées par un logiciel informatique qui, afin de constituer les groupes, de hiérarchiser la perte d'autonomie et d'établir des statistiques, place les individus dans les différents groupes iso-ressources – Gir [7]. Aggir devient l'instrument officiel de la politique publique de la dépendance par l'article 2 du décret du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la PSD et sera confirmée lors de la réforme Apa de 2001.

Le groupe de dépendants est désormais le résultat de la conjonction d'un critère d'âge – il faut être âgé d'au moins 60 ans pour demander l'allocation –, d'une approche fonctionnelle – la dépendance fait de l'âge et de la vieillesse l'origine du handicap, lequel est mesuré à l'aide d'indicateurs fonctionnels –, et d'un seuil : alors qu'avec la PSD, le groupe des dépendants recouvrait les personnes placées dans les Gir 1, 2 et 3, la réforme de l'Apa va élargir le groupe au Gir 4.

La politique de la dépendance, à travers l'Apa et la mesure du degré de dépendance par la grille Aggir, ouvre ainsi des droits différenciés entre les personnes qui seront catégorisées comme « dépendantes », c'est-à-dire placées dans les Gir 1, 2, 3 et 4, et les personnes aux portes de la dépendance, mais non catégorisées « dépendantes », dans les Gir 5 et 6. Les premières dépendent du Conseil départemental et par suite des structures d'aides à domicile, les secondes sont du ressort de l'action sociale des caisses de retraite. Ainsi, la dépendance, en tant que catégorie d'action publique et principal dispositif de la politique vieillesse, s'est construite tout autant par des techniques et des instruments – technique de mesure des incapacités – que par des finalités – orienter la prise en charge des personnes vieillissantes vers des préoccupations de santé en leur octroyant une allocation leur permettant de vivre à domicile le plus longtemps possible. Cette segmentation de la population retraitée est également une séparation des champs de compétence entre les départements et les caisses de retraite, et rend nécessaire la construction d'une nouvelle catégorie d'action publique : la prévention.

Alors que la politique des modes de vie portait en son sein des préoccupations de prévention sociale, la politique de la dépendance a rendu possible l'émergence des questions préventives orientées vers les aspects sanitaires de l'avancée en âge. La prévention va ainsi s'institutionnaliser en

7. La grille Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'Apa, afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Elle évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives. Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes iso-ressources – Gir. Le Gir 1 correspond au degré de dépendance le plus élevé, le Gir 6 au moins élevé.

une politique dédiée au début des années 2000 à partir de son terreau social et de son terreau sanitaire.

II. Rhétorique et argumentaire de la politique de prévention

À la gestion de la dépendance se couple désormais la gestion de ce risque par une politique de prévention, qui témoigne, au niveau des politiques publiques, « d'une volonté de maîtrise des risques démographiques, sociaux et économiques par la prévision et par la prévention des problèmes d'une population perçue négativement comme consommatrice de soins et de services » (Déchamp-Le Roux, 2012:81). L'analyse des différentes mises à l'agenda politique de la vieillesse comme problème public fait apparaître la prévention comme la dernière forme de problématisation, avec des acteurs spécialisés, une politique spécifique et un cadre idéologique que l'on peut résumer ainsi : c'est aux individus vieillissants de s'adapter aux conséquences de leur avancée en âge et d'adopter un comportement individuel et un style de vie à même de préserver leur santé.

II.1. Le « plan national Bien vieillir » : forum de débats et arènes politiques

En 2007, le ministère de la Santé et des Solidarités, le ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ainsi que le ministère de la Jeunesse et des Sports ont élaboré un plan national, intitulé « plan national Bien vieillir » (PNBV). Ce plan, qui sert de base à l'élaboration d'une politique de prévention du vieillissement, est considéré par le président du plan, gériatre et médecin de santé publique comme « un plan de santé publique de prévention en gérontologie ayant pour objectif de créer une dynamique préventive destinée aux seniors » (Aquino, 2008:39).

Le PNBV apparaît donc, d'après les mots de son président, comme l'initiateur d'une inflexion de la prévention dans le vieillissement vers des préoccupations essentiellement sanitaires. Afin de comprendre le processus par lequel la prévention fait l'objet d'une politique publique engagée vers des questions sanitaires, deux niveaux de production sont ici analysés : ce que je nomme le « forum de débats » sur la prévention, alimenté par de multiples rapports sénatoriaux, parlementaires et gouvernementaux, et le niveau des arènes politiques qui vont donner lieu à des lois. Ce niveau retrace les décisions politiques qui ont abouti à la production du PNBV. Le « forum de débats » et les « arènes politiques » participent à la construction de la réalité sociale de la prévention dans le vieillissement, car ils ont été le terreau fertile d'un récit sur la prévention et sur la nécessité de prendre en charge sa propre santé et son avancée en âge.

Le PNBV et son contenu renseignent tout d'abord sur deux éléments de compréhension du développement de la politique préventive sanitaire en France depuis le début des années 2000 : d'un côté, elle se comprend dans un double mouvement concomitant, où les nombreux rapports de santé publique argumentent en faveur d'une responsabilisation de l'individu face à sa santé, pendant que les différents textes de lois et plans gouvernementaux tentent d'organiser le dispositif institutionnel de prévention (Cassou, 2008).

Ainsi le rapport Robert de 2003, pour le compte du Conseil économique et social, intitulé *La prévention en matière de santé* ; le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), *Santé : pour une politique de prévention durable*, publié la même année ; ou encore en 2008 le rapport de la Commission pour la libération de la croissance de la France, présidée par Jacques Attali, tous insistent sur la nécessité de développer une politique sanitaire durable autour de la prévention et de la responsabilisation. Mais là où le rapport Robert préconisait de responsabiliser tous les acteurs concernés, c'est-à-dire en premier lieu les pouvoirs publics qui doivent intervenir pour améliorer les déterminants sociaux-environnementaux de la santé et réduire les inégalités sociales de santé, ainsi que les individus qui doivent être acteurs de leur santé, les autres rapports n'englobent pas une responsabilité partagée entre puissance publique et individus : le rapport de l'Igas comme le rapport Attali [8] ne parlent aucunement des déterminants sociaux des comportements individuels. Ces derniers sont pensés en dehors de leur contexte d'action, en dehors de la compréhension de l'environnement économique, social, familial, affectif, professionnel de l'individu. La responsabilité est centrée autour de la personne âgée, de ses comportements individuels et de ses modes de vie : « La politique de prévention se propose d'infléchir les comportements individuels », précise le rapport de l'Igas (2003:285).

Au niveau des instances de décision, dans l'arène politique, c'est vers ce type de mise en forme problématique que la prévention s'oriente dans les années 2000. Parmi les lois qui participent à l'organisation des dispositifs de prévention, il est important de citer la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi crée l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), acteur central chargé du financement et de la diffusion des campagnes de communication du gouvernement. Mais c'est avec la loi de santé publique de 2004 que le dispositif institutionnel de la prévention s'organise sur le territoire français, accompagnée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

8. Et comme de nombreux autres rapports non discutés dans cet article, mais que le lecteur peut retrouver dans mon travail de thèse, chapitre 3.

Les agences régionales de santé (ARS), créées par cette loi, font du niveau régional le niveau légal de pilotage de la politique de santé et de prévention élaborée au niveau national.

Ces deux lois ont participé au mouvement de sanitarisation et de pathologisation du social (Fassin, 1998:42), en donnant une traduction sanitaire aux problèmes de société rencontrés par les acteurs de terrain de la prévention. La politique de prévention qui est définie nationalement est une politique de santé publique, et efface les fondements socialement situés des comportements individuels [9]. Les travailleurs sociaux qui animent la prévention *in situ*, au plus près des populations, voient leur terrain d'intervention passer progressivement du secteur social au secteur sanitaire.

On retrouve ainsi dans le PNBV une qualification de la prévention dans le vieillissement qui reprend l'idée dominante du « forum de débats » et s'appuie sur des dispositifs d'action publique qui font de la prévention une affaire de modes et de styles de vie. Tout au long des 35 pages du PNBV, aucune référence n'est faite aux déterminants sociaux de la santé et aux conditions économiques et sociales de vie des individus. Le plan utilise à l'inverse la rhétorique de la responsabilisation individuelle, avec des expressions comme « comportements favorables à la santé », « comportements favorables à un vieillissement réussi », « modes de vie », qui structurent le propos du PNBV.

Ainsi analysé au regard du discours politique sur la prévention, le PNBV apparaît comme la traduction dans le champ de la gérontologie de la montée en puissance d'un discours qui fait de la prévention une affaire de santé publique et de responsabilité individuelle. Il est manifeste en ce qui concerne la définition de la prévention en matière de santé que les deux niveaux analysés – le « forum de débats » et l'arène politique – développent à partir des années 2000 une entreprise de normalisation des comportements et des mœurs des individus pour réduire les risques de maladies, et *in fine* améliorer les indicateurs de santé. Le gériatre Jean-Pierre Aquino, président du PNBV, n'en faisait d'ailleurs pas mystère lors du colloque de 2012

9. Il faut noter que les politiques de santé publique en France ont été partiellement influencées par un texte pionnier qui a posé les jalons d'une « nouveau mouvement de santé publique dans le monde » (Poirier, 2012:5). Il s'agit de la charte d'Ottawa issue des travaux de la première conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé en 1986. L'OMS définit la santé comme « état de complet bien-être », et non pas seulement comme l'absence de maladies. Dans la charte d'Ottawa, l'OMS précise que pour tendre vers ce bien-être, les individus doivent être responsables de leur santé, en lien avec la responsabilité politique. Les politiques de santé publique, dit l'OMS, doivent agir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités sociales de santé. Là où la charte d'Ottawa a impulsé un mouvement en faveur d'une responsabilité individuelle et collective face à la santé, la France en a fait une interprétation, pour son périmètre national, moins porté sur les déterminants sociaux et sur les inégalités sociales de santé que sur la responsabilisation individuelle. Le fait que le PNBV, 20 ans plus tard, efface les fondements socialement situés des comportements individuels face à la santé n'est que la suite de la position française face à la charte d'Ottawa (Deschamps, 2003).

organisé par la Fondation nationale de gérontologie [10], consacré à la prévention et au vieillissement : « le but des stratégies préventives est certes d'informer et de sensibiliser, mais aussi de promouvoir des comportements vertueux en incitant la population à les adopter » (Aquino, 2012:274).

La perspective de l'anthropologie culturelle chère à Gusfield éclaire d'une façon particulière la compréhension sociologique du discours sur la prévention dans le vieillissement. Les rapports des organes d'État et les décisions prises par les pouvoirs publics orientent la focale sur les individus, et sont en ce sens une des traces de la « culture » de la prévention, c'est-à-dire une façon de voir qui s'impose dans le domaine public et s'expose sous la forme d'un « ordre symbolique ». Cette perspective s'applique au discours sur la prévention, tant il en dévoile la dimension stratégique : « Le sens ultime de ces actions est peut-être moins dans la dialectique des moyens et des fins qu'elles mettent en œuvre que dans leur caractère expressif ou significatif. Elles actualisent des univers de sens » (Cefaï, 2009:264). Le discours sur la prévention a un sens manifeste : en tant que récit, il veut faire entrer dans les mentalités et les comportements les « bonnes pratiques » socialement situées, susceptibles d'épargner aux individus des problèmes de santé. Le discours de la prévention fait passer un message dans le domaine public : prenez en main votre vieillissement et votre santé. Entre les lignes, il est entendu que « mal vieillir » devient une erreur, une faute (Billé, Martz, 2010:16). La prévention devient donc un message politique dont les différentes étapes et acteurs de son établissement montrent qu'il ne fait que définir ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est désirable et ce qui ne l'est pas. Dans ce discours, les moyens ne sont que secondaires.

Le PNBV, au travers de la mise en valeur des notions de comportements, de modes de vie, de rationalité individuelle, est le témoin d'une inflexion normative de la prévention sur le versant santé, où la prévention sociale est laissée à une part congrue. L'évaluation du PNBV par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) et les nouveaux débats sur la prévention dans le vieillissement confortent cette analyse du discours comme étant un moyen symbolique d'actualiser un univers de sens auprès de la population retraitée. Mais est-ce à dire que la politique de prévention actuelle signe un retour à la politique des modes de vie telle que la population âgée l'a connue dans les années 1960 ?

II.2. Un retour à la politique des modes de vie ?

Le rapport d'évaluation du HCSP, publié en 2010, déplore « un déficit de gouvernance, de structuration et de moyens » (HCSP, 2010:13). Le PNBV

10. La gériatrie s'intéresse à la partie proprement médicale du vieillissement. La gérontologie, pour sa part, s'est constituée au XX^{e} siècle comme étude scientifique des processus et des problèmes biologique, psychologiques, sociaux et économiques du vieillissement (Alvarez, 2012:199).

n'a pas de structure problématique et ne fait qu'agréger des idées et des moyens existants, sans mettre de véritables moyens à hauteur des enjeux de la prévention. Les évaluateurs demandent de « pérenniser » le concept de « bien vieillir » au travers de la prévention, en prenant en compte les critiques apportées au PNBV.

La prévention en gérontologie, telle qu'elle est définie dans le PNBV, fait en effet face à toute la difficulté de coordonner globalement un foisonnement d'initiatives locales déjà en place depuis des décennies, notamment par les caisses de retraite, mais qui étaient plutôt centrées sur une approche globale de l'individu. Dans ces actions concrètes au plus près des individus âgés, c'est une prise en compte du « contexte social, sanitaire, économique et culturel » des personnes âgées qui prévaut alors, comme l'indiquent les contributions des directions d'action sociale de grands groupes de protection sociale (Sanchez, 2012:261), ou d'Agirc-Arrco. Depuis 1975, les institutions de retraite complémentaire, rassemblées dans la fédération Agirc-Arrco, ont créé des centres de prévention en proposant des bilans médico-psychosociaux à leurs ressortissants (Saint-Laurent, Dejardin, 2012:120). Il y a donc une non-congruence entre les actions élaborées depuis des décennies par les acteurs de terrain qui développent majoritairement des actions de prévention sociale, et la demande politique qui demande de se positionner sur une prévention sanitaire dans laquelle le contexte environnemental des personnes n'est pas pensé, ni pris en compte.

Le second grand ensemble de limites du PNBV découle de ces premières critiques et réside dans « l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé chez les aînés quand on sait que le vieillissement accroît les inégalités de toutes sortes. Si elle ignore ces inégalités, l'approche préventive développée par ce plan risque de cristalliser encore plus les disparités sociales et d'accentuer davantage les inégalités existantes » (HCSP, 2010:26). La prévention en gérontologie ne doit ainsi pas rester une seule prévention individuelle, mais doit avoir une visée collective, dans le sens où « la société doit accompagner le bien vieillir » (HCSP, 2010:18). Centrer la prévention sur un discours incitant les retraités à adopter des réflexes au quotidien ne peut faire une politique de prévention efficace : « Une grande attention doit être accordée aux déterminants socio-économiques, dans la mesure où ils ont été peu pris en compte dans nos politiques sanitaires et qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour réduire les inégalités sociales de santé » (HCSP, 2010:17).

L'évaluation du HCSP dit entre les lignes que là où le PNBV concentre son discours et ses moyens d'action vers l'individu sans prendre en compte le fait que les citoyens ne sont pas tous égaux face à la santé, il est nécessaire de mettre en œuvre des actions « différenciées par grandes sous-populations et des actions à des échelons géographiques fins » (HCSP, 2010:18). Le

président du PNBV reconnaissait ce besoin de cibler les actions de prévention, car le plan est trop élitiste et ne touche pas les personnes les plus concernées par la prévention (Aquino, 2011:20).

Ces critiques du rapport d'évaluation mettent en lumière une différence majeure entre la politique des modes de vie qui s'est développée à la suite du rapport Laroque de 1962 et la politique des modes de vie telle qu'elle se déploie dans la politique de prévention. Là où l'objectif principal de la politique de la vieillesse à la suite de la généralisation du système de protection sociale était de favoriser l'insertion sociale de la population âgée, ce qui demandait une intervention publique forte, la politique de prévention engage moins la puissance publique que les individus eux-mêmes dans la résolution des problèmes auxquels ils sont confrontés. La priorité n'est plus d'assoir la place des personnes âgées dans la société, mais de faire en sorte que l'avancée en âge connaisse le moins de problématiques de santé possibles en réduisant les risques de maladies ou de chutes par exemple. Ce n'est pas du ressort de la société, de la structure sociale, puisque les déterminants socio-environnementaux ne sont pas pris en compte, comme le rappelle avec regret le HCSP : la politique de prévention prend la forme d'une politique des modes de vie qui s'adresse aux individus et non à la puissance publique. C'est une différence majeure avec la politique des modes de vie connue par les premières cohortes de retraités : le but n'est plus d'assurer un maintien à domicile pour toutes et tous dans un souci d'intégration sociale. La politique des modes de vie contemporaine fait désormais des modes de vie une question individuelle, de pratiques sociales et de comportements personnels. C'est aux individus de s'adapter à leur environnement changeant, alors que la politique des modes de vie que l'on a discuté dans la première partie de cet article demande d'adapter l'environnement social aux difficultés naissantes avec l'avancée en âge.

Le PNBV, qui initie l'inflexion normative de la prévention, n'est ainsi pas seulement un plan de santé publique. Dans une pensée sociologique, il peut se concevoir comme un plan de normalisation des modes de vie dans la vieillesse, du fait qu'il ne rapporte pas les modes de vie et les comportements individuels à quelque forme de catégorisation sociale. Or, les problèmes de santé, tout comme la participation sociale, sont différenciés socialement (Raymond, Sévigny, Tourigny, 2011). La politique de prévention ne qualifie pas le problème à partir du parcours de vie des individus et de leur position sociale. Par rapport à cette logique, comment les acteurs à l'interface de la production normative « par le haut » et de la réception par les personnes âgées se situent-ils ?

III. Quelle appropriation de cette politique par les acteurs à l'interface de la production politique et de la réception par les publics ?

Suite à des entretiens menés dans le cadre d'une recherche sur l'évolution de l'action sociale en direction des retraités et des personnes âgées, il apparaît que les actions développées au plus près du public retraité s'inscrivent majoritairement dans la tradition sociale de la prévention dans le vieillissement, alors que la politique établie au niveau national donnait la primeur aux questions sanitaires. Parmi les nombreux acteurs de la prévention, je me concentre ici sur les caisses de retraite du régime général et sur les caisses de retraite complémentaire. Elles ont accompagné les politiques vieillesse depuis leur origine (Cadiou, Gagnon, 2005) et ce sont elles qui traduisent le mieux dans des actions, l'orientation et le cadrage donnés par l'État dans le PNBV. Cependant, là où le discours politique s'adresse à

Encadré 1

Méthodologie

Cet article prend appui sur ma thèse de sociologie (Alvarez, 2014). J'ai, dans un premier temps, analysé les cadres politiques qui peuvent contraindre et orienter les expériences du vieillir. Une partie du travail est donc orientée vers les politiques publiques de la vieillesse et du vieillissement et la façon dont elles ont construit le problème public de la prévention. L'étude des différentes formes de problématisation de la vieillesse dans les politiques publiques a nécessité un travail important de recensement puis d'étude des divers rapports parlementaires, sénatoriaux et des plans gouvernementaux publiés, ainsi que des textes de loi ou encore des études scientifiques. Ce corpus documentaire a mis en lumière un discours normatif sur la vieillesse qui s'articule dans la politique de prévention autour de la promotion du « bien vieillir ».

À ce corpus documentaire est couplé un corpus d'entretiens semi-directifs de recherche auprès des acteurs qui déclinent la politique de prévention dans des programmes d'actions de prévention. Les entretiens ont été menés dans le cadre d'une recherche sur l'évolution de l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées, recherche menée au sein du laboratoire Pacte sous la direction de Catherine Gucher. Ce contrat d'études de l'IRES, pour le compte de la CGT, m'a donné la possibilité de mener une enquête qualitative auprès des directions nationales des départements d'action sociale des caisses de retraite du régime général, du régime complémentaire et de groupes de protection sociale. Le but de la recherche était de repérer les acteurs de l'action sociale et leur positionnement au niveau national et à l'échelon territorial afin de dresser un panorama de l'action sociale et de ses évolutions les plus marquantes (Gucher, Mansanti, Guillalot, 2012). Ce matériau a été mobilisé pour la thèse afin de comprendre comment les acteurs de l'action sociale se positionnent vis-à-vis du discours politique et de sa définition très individualisante, voire culpabilisante, de la prévention.

l'ensemble des personnes âgées, les acteurs de terrain et ceux qui mettent en place des programmes d'action de prévention sur les territoires, et auprès de leurs ressortissants, redéfinissent des publics cibles, afin de sécuriser les parcours de vie les plus chaotiques. Les promoteurs de l'action sociale gérontologique, en appliquant en partie sur le terrain les orientations politiques tout en gardant certaines de leurs particularités issues de leur longue implication dans les politiques vieillesse, prennent le rôle d'intermédiaire entre la production normative « par le haut » et la réception par les publics.

III.1. La prévention de la dépendance au cœur de l'action sociale des caisses de retraite

Positionnés depuis les premières lois de décentralisation de 1982 et 1983 comme collectivités territoriales de référence en matière sociale et médico-sociale en disposant d'une capacité forte d'action dans le domaine gérontologique notamment, les départements se voient réaffirmés cette prérogative par la loi du 13 août 2004, dite « acte II de la décentralisation ». À ses compétences planificatrices en matière de politique sociale de la vieillesse, au travers de l'élaboration du schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale imposée par la loi du 22 juillet 1983 et réaffirmée par la loi du 2 mars 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, s'est ajoutée la gestion de l'Apa, prestation qui constitue la colonne vertébrale de l'intervention des conseils généraux en direction des plus de 65 ans.

À la suite de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), qui avait participé à la mise en place et au financement de la prestation dépendance avant de s'en retirer progressivement du fait des prérogatives données aux départements, les caisses de retraite complémentaire vont recentrer leurs actions vers la prévention.

La Cnav : de la dépendance à sa prévention

Les caisses de retraite ont accompagné l'évolution des politiques vieillesse. Le financement de leur fonds d'action sociale par une partie des cotisations d'assurance vieillesse s'est développé à la suite de la montée en charge des systèmes de retraite dans les années 1960. La Cnav, en tant que caisse de retraite du régime général, est alors la tête de pont des caisses de retraite et le principal acteur de l'action sociale auprès des retraités. Dans les années 1970 et 1980, l'action sociale de la Cnav, associée à celle des autres caisses de retraite, prend part activement à la diffusion des nouvelles représentations de la vieillesse et d'un nouvel art de vivre à la retraite associé au « troisième âge » (Lenoir, 1979). Elle se concentre alors essentiellement sur le développement de l'aide-ménagère (Boudreau, Picoche, 1997).

Devenue un acteur incontournable de la politique de maintien à domicile, la Cnav va poursuivre cette orientation avec l'émergence de la politique

dépendance dans les années 1980 puis dans les années 1990, qui constitue la décennie d'enracinement de la dépendance comme principal enjeu public de la politique vieillesse. La Cnav accompagne ce mouvement d'édification de la prestation dépendance et ainsi de recomposition de l'action gérontologique de deux manières : par un renforcement de sa prestation d'aide-ménagère et par une participation active à l'expérimentation et à la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD). Il est significatif à cet égard de noter qu'en 1996, le numéro 15 de la revue *Retraite et société*, éditée par la Cnav, soit intitulé « Action sociale et dépendance ». Cela témoigne de la préoccupation principale de la Cnav à la fin du XX^{e} siècle.

La loi de 2001 relative à l'Apa va avoir un impact non négligeable sur la politique d'action sociale de la Cnav. Cette loi ouvre les droits de l'Apa vers un public plus large que celui de la PSD : alors qu'avec la PSD, le groupe des dépendants recouvrait les personnes âgées placées dans les groupes iso-ressources (Gir) 1, 2 et 3, la réforme de l'Apa va élargir le groupe au Gir 4. Cette extension des droits au Gir 4 a ainsi retiré à la Cnav la prise en charge d'un nombre important de personnes âgées grandement dépendantes de son action sociale, notamment de la prestation d'aide-ménagère. L'action sociale des caisses de retraite se voit remise en cause. La réorientation de la politique de la Cnav est alors inévitable : « Nous, on était inscrit dans la politique dépendance. On avait copiloté et cofinancé l'expérimentation qui avait abouti à la PSD. Implicitement, ce qui est dit dans la loi Apa, c'est que l'action sociale des caisses de retraite doit se recentrer sur la prévention de la perte d'autonomie. Ce n'est pas dit noir sur blanc, mais puisque l'Apa prenait en charge les Gir 1 à 4, pour nous, il restait les Gir 5 et 6, ce sont les personnes qui ne sont pas dépendantes, mais qui sont aux portes de… » (direction nationale de l'action sociale de la Cnav).

Cette situation de fait créée par les recompositions de l'action publique auprès des personnes âgées fait entrer la Cnav sur le versant préventif du vieillissement sous l'angle de sa prestation phare d'aide-ménagère. Les priorités d'action, synthétisées dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale de 2012, mettent au centre la prévention : « Achever et consolider la réorientation de l'action sociale sur la prévention de la dépendance ». C'est devenu l'axe fort de l'action sociale de la Cnav. En 2013, la dotation du fonds d'action sociale est de 365 millions d'euros (contre 377 millions en 2008), dont 80 % servent au financement de l'aide-ménagère à domicile pour les Gir 5 et 6 : « Le premier étage de notre politique, c'est de renforcer l'info pour l'ensemble des retraités autour du "bien vieillir". Chacun reçoit les livrets du bien vieillir, et on peut aussi trouver sur le site internet nos partenariats, avec les ministères, la MSA [11], Agirc-Arrco… Ensuite le

11. Mutualité sociale agricole.

deuxième étage, ce sont les actions collectives de prévention, les ateliers de prévention des chutes, les conférences… Et bien sûr le troisième point, c'est de continuer à assurer la prestation d'aide-ménagère pour les Gir 5 et 6, notre nouvelle cible depuis l'Apa. On poursuit vraiment notre politique de maintien à domicile, *via* la prévention pour les non dépendants. C'est essentiel pour nous » (direction nationale de l'action sociale de la Cnav).

La Cnav poursuit donc son action « historique » de financement des heures d'aide-ménagère pour les ressortissants du régime général tout en développant dans le même temps des actions d'information et d'éducation à la santé, suivant ainsi les injonctions politiques. Elle a ainsi fait évoluer sa politique d'action sociale au fil du temps et des recompositions de l'action publique. Ce positionnement sur la prévention n'est aujourd'hui plus propre à cette caisse, mais caractérise l'ensemble des institutions de retraite. Parmi ces institutions, Agirc-Arrco occupe une place centrale.

Agirc-Arrco : acteur pionnier de la prévention

Les caisses Association générale des institutions de retraite des cadres – Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco) et la Cnav sont les deux acteurs qui impulsent l'orientation et le cadre de l'action sociale. Agirc-Arrco ne se positionne cependant pas sur une démarche préventive dans les mêmes temporalités que la Cnav. Cette institution a en effet été pionnière dans la prévention, dans sa version sociale, proche des préconisations de la politique vieillesse du début des années 1960. Depuis 1975, les institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco ont développé une réflexion sur une démarche préventive nécessaire aux personnes s'approchant de l'âge de la retraite. Le nombre très important de ressortissants de caisses de retraite sous l'égide de la fédération Agirc-Arrco donne une enveloppe dédiée à l'action sociale sensiblement identique à celle de la Cnav : « Aujourd'hui, ça représente un peu moins de 0,6 % des cotisations, donc 0,6 c'est très très faible, mais 0,6 de plusieurs milliards, ça fait 360 millions d'euros annuels consacrés à l'action sociale » (direction nationale de l'action sociale Agirc-Arrco).

Agirc-Arrco finance depuis près de 40 ans 17 centres de prévention en France. Chaque centre est financé par la fédération et piloté par une caisse de retraite affiliée. Les centres de prévention représentent l'exemple signifiant de la posture d'Agirc-Arrco en matière de prévention : la démarche préventive a été le moyen de se démarquer de l'action sociale des autres acteurs, notamment les caisses de retraite, tout en révélant de nouveaux besoins par une approche globale de la personne (Saint-Laurent, Dejardin, 2012:122). Le bilan médico-psychosocial est la marque de fabrique d'Agirc-Arrco et permet d'identifier des besoins non couverts qui vont être développés dans la politique d'action sociale, dans le but toujours d'actualité de

ne pas être redondant avec les autres acteurs et d'inscrire la politique d'action sociale dans une dynamique d'innovation : « Les centres de prévention, il n'y a pas d'équivalent. Un centre de prévention, c'est une démarche médico-psychosociale, dédiée aux plus de 50 ans. En moyenne, les gens qui viennent dans les centres ont 67 ans, et donc ils vont permettre de faire une photographie grand-angle, du côté médical et psychologique, et sur leurs habitudes de vie, de voir quels sont les atouts pour bien vieillir » (direction de l'action sociale Agirc-Arrco).

Cependant, la posture de « laboratoire d'idées » paraît aujourd'hui perdre de son contenu, car on assiste désormais à la réunion des acteurs de l'action sociale gérontologique vers la thématique du « bien vieillir ». Le dernier indice de cette organisation de l'action sociale Agirc-Arrco autour de la prévention en vue du « bien vieillir » telle qu'elle se trouve au cœur de l'action sociale de la Cnav se retrouve dans le changement de nom des centres de prévention Agirc-Arrco depuis le début de l'année 2014 en « centre bien vieillir Agirc-Arrco ».

Aujourd'hui, Agirc-Arrco ne cherche plus à se démarquer de l'action sociale des autres acteurs. À l'inverse, c'est cette institution, qui, avec la Cnav, cadre les (ré)orientations de l'action sociale. Les groupes de protection sociale (GPS) [12] par exemple sont grandement dépendants des orientations d'Agirc-Arrco en la matière : « Environ deux tiers de nos actions en matière d'action sociale pour les retraités sont imposés par le cadre Agirc-Arrco, c'est un peu notre tutelle. Et donc, nous, en tant que GPS, on a une part d'autonomie de décision pour notre politique d'action sociale pour environ un tiers de nos actions. C'est pour se démarquer des autres GPS. Mais pour le principal, on suit ce que nous demande Agirc-Arrco, et là c'est le "bien vieillir", la prévention des chutes, tout ça » (direction de l'action sociale d'un GPS).

L'axe prévention se trouve ainsi désormais au centre de l'action des caisses de retraite du régime général, du régime complémentaire, mais aussi des GPS. Tous ces acteurs principaux sont dans une situation d'« autonomie encadrée » par la tête de pont de la prévention : la fédération Agirc-Arrco. La prévention demande cependant à ses promoteurs de développer de nouvelles offres de service et d'intervention, couplées aux formes « traditionnelles » de l'action sociale. La prévention est donc désormais arrimée à l'objectif du « bien vieillir », ce qui entraîne un double mouvement, et place les acteurs de la prévention dans une tension entre les deux « visions » de la prévention : un développement d'actions collectives,

12. Un GPS comporte au moins une institution de retraite Agirc, une institution de retraite Arrco et une institution de prévoyance. Les groupes gèrent ainsi non seulement la retraite complémentaire Agirc-Arrco, mais proposent également des garanties de prévoyance, des couvertures contre les risques de la vie telles que la garantie incapacité/invalidité de travail, complémentaire santé, épargne retraite, garantie décès et garantie dépendance (source : www.ag2rlamondiale.fr, consulté le 26 février 2016).

d'éducation et d'information sur la santé dans le vieillissement, actions qui ne prennent pas en compte les déterminants socio-environnementaux, et la poursuite d'actions de prévention sociale historiquement proposées par les acteurs de l'action sociale.

III.2. L'action sociale traditionnelle en recul : des actions individuelles aux actions collectives

Les acteurs présentés dans le point précédent mènent ainsi des actions de prévention sociale, couplant à leurs interventions traditionnelles d'action sociale individuelle des actions collectives. J'ai donc privilégié ces acteurs « centraux », qui ont un rôle moteur dans la mise en place d'actions de prévention au travers de l'action sociale. La prévention dans le domaine de la santé est du ressort des acteurs de santé, mutuelles et ARS en particulier, qui interviennent dans le but de promouvoir et de développer l'offre de services de santé, des actions de prévention et d'éducation à la santé, de préserver le capital santé des populations ou groupes ciblés, et de solvabiliser l'accès aux soins et services de santé (Gucher, Mansanti, Guillalot *et al.*, 2012:65).

Les transformations des orientations de l'action sociale des caisses de retraite questionnent la définition, voire la redéfinition de l'action sociale gérontologique. En effet, elle se définit traditionnellement comme une intervention facultative et extralégale, par opposition à l'aide sociale qui revêt un caractère obligatoire pour les autorités publiques (Borgetto, Lafore, 2009). Les évolutions de l'action des caisses qui deviennent soumises aux contraintes d'un cadre étatique déterminé au niveau national sont de nature à remettre en question les fondements mêmes de cette action sociale, en ce que leur aspect facultatif s'estompe au profit d'un cadre national déterminé.

La Cnav continue ainsi à dispenser des aides individuelles, l'aide-ménagère principalement, tout en diversifiant ses interventions à domicile, avec le portage des repas, l'accompagnement lors de sorties, le soutien à l'achat d'aides techniques pour le domicile. Le budget le plus important est toujours dédié à ces interventions « classiques » et historiques du maintien à domicile : « Cela représente 245 millions d'euros sur l'aide à domicile et 18 millions sur l'évaluation des besoins », précise le membre de la direction de l'action sociale rencontré.

Agirc-Arrco, dans le même esprit, poursuit l'action historiquement emblématique des caisses de retraite complémentaire : les centres de prévention et les bilans multicritères, qui s'inscrivent dans une logique préventive individuelle. Agirc-Arrco propose également d'autres actions, comme le dispositif « Sortir + [13] », mis en place pour favoriser la poursuite d'activités

13. http://www.agircarrco-actionsociale.fr/donner/le-service-sortir-plus/, consulté le 3 mars 2016.

hors du domicile et prévenir des ruptures du « lien social ». Ce dispositif comprend un objectif de lutte contre la solitude et l'isolement, mais aussi de maintien de l'insertion des personnes dans la vie de la cité. La Cnav et Agirc-Arrco, en capitalisant sur l'expérience acquise dans le champ de l'action sociale gérontologique, perpétuent ainsi par leurs actions individuelles l'optique sociale de la prévention depuis les premières pierres de la politique vieillesse.

Encadré 2

Trois grandes tendances du rapport des personnes âgées aux discours et aux actions de prévention

L'objectif de mon travail de thèse était de questionner les expériences individuelles du vieillissement dans un contexte de structuration d'une politique de prévention. Dans cet article, c'est l'analyse de l'émergence et de l'évolution de la prévention comme catégorie d'action publique dans le champ des politiques de la vieillesse qui a prévalu. Il me paraît cependant nécessaire de donner quelques éléments de la seconde partie de ma thèse, dans laquelle j'ai proposé trois types de rapports différenciés à la prévention et au vieillissement. J'ai interrogé 36 retraités, âgé(e)s de 61 à 95 ans, ayant connu des parcours de vie variés et des trajectoires professionnelles différentes. Les trois expériences du vieillissement et du rapport à la prévention peuvent pour partie être comprises par des différences de classes sociales.

Le premier type de rapport au vieillissement, et à l'injonction de « bien vieillir », regroupe les personnes pour qui le vieillissement est vécu avant tout comme une souffrance, comme un déclin inéluctable. Il est commun aux personnes âgées, qui, suite à divers événements clés de leur vie et de leur vieillesse, se trouvent dans l'impossibilité de se conformer aux attentes du bien vieillir. Il s'agit essentiellement d'individus peu diplômés, qui ont suivi une carrière professionnelle d'ouvrier, travaillant dans des conditions difficiles : « Prévenir quoi maintenant ? Y'a plus rien à prévenir. C'était avant qu'il fallait venir me parler de prévention, quand je travaillais à l'usine, dans des conditions dangereuses, sans protection ni rien… Maintenant, il ne faut pas venir me dire ce que je dois faire quand on m'a laissé bosser comme un… enfin, dans des conditions comme ça », nous dira une des personnes interrogées, un monsieur âgé de 86 ans. Plus généralement, les individus nous parlent d'une vie pénible, subie, du fait de leur position en bas de l'échelle sociale, et des faibles moyens dont ils disposent pour faire face aux événements négatifs. La prévention des risques du vieillissement est alors pour eux une préoccupation bien lointaine dans la hiérarchie de leurs priorités.

Viennent ensuite les personnes qui définissent leur vécu du vieillissement de façon positive. Pour eux, « vieillir, cela s'apprend » (Castelli, 1997), et leurs apprentissages du vieillissement sont favorisés par la disposition de ressources qui leur permettent de conserver les activités qui font sens. Ces ressources ne sont pas seulement d'ordre financier ou social. Ce qui est

■■■

central dans leur expérience propre est la capacité d'adaptation qu'ils mobilisent lors d'événements particuliers. Comme le préconise le « bien vieillir », les personnes qui se rapprochent de l'attente sociale expriment une adaptation aux conditions nouvelles qui découlent de moments particuliers, un apprentissage aux spécificités du vieillissement et la mise en place de stratégies souvent toutes personnelles dans les activités les plus quotidiennes. Ces individus ne raisonnent pas en termes de pratiques préventives et de changements de leurs comportements et modes de vie. À l'inverse, réussir son vieillissement est possible à la condition de maintenir une certaine continuité de vie, de valeurs, de comportements, dans les ruptures. Savoir s'adapter dans les changements, garder une continuité dans les ruptures sont des compétences développées tout au long de leur vie.

Enfin, la troisième grande tendance fait apparaître chez certains enquêtés une forte ambivalence face à la prévention dans le vieillissement et à l'injonction contemporaine à « bien vieillir ». Ces personnes sont pour la plupart celles qui accordent le plus d'importance à des actions de prévention, ce sont elles qui ajustent quotidiennement leurs comportements et mode de vie pour que les risques du vieillissement n'entament pas leurs capacités dans leur avancée en âge. Mais dans le même temps, et malgré cette optique préventive adoptée, « bien vieillir » est selon eux impossible. Cette impossibilité de réussir son vieillissement s'explique majoritairement par le fait que les individus voient et vivent leur vieillissement comme porteur d'atteintes au prestige social acquis à la suite de leur carrière professionnelle. Le vieillissement fait peur à ces retraité(e)s qui ont occupé des positions sociales valorisées et valorisantes dans la sphère professionnelle.

Cependant les nouveaux acteurs, comme les GPS, qui n'ont pas d'activités traditionnelles propres, s'engagent davantage dans des actions collectives, comme les conférences et les ateliers du « bien vieillir ». Ces modifications amènent à repenser l'action sociale telle qu'elle s'est développée à l'origine des caisses de retraite.

Le cadre national d'action d'Agirc-Arrco valorise désormais aussi des actions collectives d'accompagnement, de conseil et de soutien qui signent un recul des prestations individuelles classiques, formées autour du maintien à domicile par l'octroi de prestations financières et de subventions. Les représentants des GPS attestent tous de la prédominance actuelle de l'action collective, normée par le cadre Agirc-Arrco qui met en place les préconisations de la politique de prévention et du PNBV : « La prestation individuelle, on est plutôt sur de la redistribution, avec un cadre d'intervention défini. Mais on a surtout ce qui concerne l'approche collective. Là, ça va être du conseil, des conférences d'information, des ateliers de prévention. Le collectif, on est obligé d'en faire. On est sous tutelle Agirc-Arrco qui impulse un certain nombre de choses, en priorité les actions collectives. C'est ce qui est demandé dans le PNBV en fait » (direction de l'action sociale d'un GPS).

Ces orientations novatrices présentent un intérêt pour les institutions qui les portent, car les actions collectives permettent de « toucher » un public plus nombreux qu'à travers les seules aides individualisées, mais surtout elles permettent de rationaliser les dépenses budgétaires. L'ensemble des directions d'action sociale rencontrées avance la baisse des budgets d'action sociale pour légitimer le choix d'accroître la part des actions collectives. Cette offre est diversifiée et traite des difficultés que chaque étape du vieillissement peut introduire dans la situation de la personne : stages, sessions de formation, cours peuvent tout autant aborder la prévention des chutes, le bien manger, des ateliers mémoire, des ateliers sur l'adaptation à la retraite, etc. (Bourdessol, Dupont, Pin *et al.*, 2011:48).

La redéfinition des rôles et champs d'action des acteurs historiques et l'arrivée de nouveaux acteurs comme les GPS tendent à homogénéiser les politiques d'action sociale gérontologique, fortement contraintes par le cadre étatique et normées par la fédération Agirc-Arrco. Il en résulte un changement de perspective important : l'action sociale ne semble plus avoir vocation à réduire les inégalités et à les compenser (ou beaucoup moins que par le passé), mais à prévenir les situations potentiellement problématiques qui surviennent avec l'avancée en âge. Il s'agit moins d'assister la personne en difficulté que de la rendre apte, par des dispositifs de « formation », à appréhender correctement les difficultés qui surviennent dans son parcours de vieillissement. S'exprime ainsi la volonté de considérer la vieillesse sous un autre aspect que celui de la seule précarité économique : subvenir aux besoins financiers n'est plus l'axe d'intervention prioritaire. L'avancée en âge demande un accompagnement de la personne et un apprentissage sur ce qu'il faut faire et ne pas faire pour bien vieillir, afin de souligner ses potentialités et sa responsabilité dans la préservation de son autonomie. Aux logiques assistancielles préexistantes se substituent désormais des logiques éducatives qui renvoient à l'idée d'un parcours de vieillissement qu'il faut sécuriser.

Conclusion

En questionnant le sens de l'élaboration de la politique de prévention en vue de « bien vieillir », j'ai souhaité dans cet article mettre au jour la production sociale d'un discours normatif sur les parcours du vieillir. L'action publique gérontologique génère en effet tout autant « des principes institutionnalisés de vision et de division du monde social » (Gucher, 2012) que des catégories d'action publique. En ce sens, les politiques publiques forment un ensemble de déterminations qui s'inscrivent en amont des existences et de leurs méandres.

Le projet politique est porteur de sens et cherche à prescrire certains comportements et à en proscrire d'autres, et tente ainsi de délimiter le devenir social des individus : alors que depuis la fin du XX^{e} siècle l'intervention publique institutionnalisait la dépendance comme un « champ des possibles » de la vieillesse et du processus de vieillissement, elle se penche désormais sur l'amont de la situation de dépendance potentielle, en incitant les personnes vieillissantes à adopter des comportements à même de les faire tendre vers un « vieillissement réussi ».

Dans cette tentative de définition des pratiques et des modes de vie à la vieillesse, les institutions étatiques ont positionné des acteurs particuliers pour développer ce projet politique dans des programmes d'actions censés toucher directement les personnes âgées. Avec l'élaboration et le développement de la politique de prévention s'est jouée la réorientation des acteurs traditionnels qui ont accompagné les politiques de la vieillesse et leurs évolutions. Les caisses de retraite du régime général et les caisses de retraite complémentaire, qui avaient participé à l'expérimentation de la prestation dépendance puis à la structuration de services pour les premières et à la politique des modes de vie et à « l'invention du troisième âge » pour les secondes, se sont vues signifier le déplacement de leurs actions vers une cible nouvelle, constituée par les personnes pas encore dépendantes.

Le discours de la prévention, tout autant que les programmes d'actions développés par les opérateurs de l'action sociale recherchent un encadrement et une sécurisation des parcours individuels de vieillissement, par la production de normes contemporaines. Il ne s'agit plus d'assister la personne en difficulté, mais de la rendre apte, par des dispositifs de « formation », à appréhender les difficultés qui surviennent au cours de l'avancée en âge et à adapter son comportement et son mode de vie en conséquence. Les ateliers du bien vieillir, les conférences et multiples programmes proposés aux personnes âgées visent à normaliser les comportements et les pratiques sociales des personnes vieillissantes. Cette intrusion du pouvoir jusque dans l'intime des individus prend comme appui leurs parcours de vie et se donne comme mission de contribuer à façonner un homme nouveau, capable de changer ses habitudes de vie, de s'adapter aux conséquences d'événements impactant négativement sa vie.

La politique actuelle de prévention cherche à « individualiser autant que possible les responsabilités [14] », là où l'histoire des politiques vieillesse tend

14. Ce dessein n'est pas nouveau, mais est devenu effectif à partir du moment où s'est développée et institutionnalisée la politique actuelle de prévention. En 1983, lors des assises nationales des retraités et personnes âgées, le président de la République François Mitterrand proposait déjà de responsabiliser les personnes âgées, sous couvert de valoriser leurs capacités restantes : « Je voudrais situer ces assises nationales dans le grand mouvement de l'Histoire, qui aura fait émerger un groupe d'hommes et de femmes, toujours plus haut dans l'échelle des âges... À la tentation d'institutionnaliser la vieillesse, à la logique de l'assistance, il faudra aussi résister pour parvenir à individualiser autant que possible les responsabilités. »

à montrer que le terreau préventif comporte des préoccupations de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration des déterminants socio-environnementaux de la vie de nos aînés. La mise en confrontation du discours des personnes âgées et du discours de la prévention montre l'écart qui existe entre celles et ceux qui vivent la vieillesse et ceux qui la traitent et tentent de la prendre en charge. Cela révèle les limites de la politique de prévention et des programmes qui préconisent de « bien vieillir ». Une sociologie de l'expérience vécue montre des résistances fortes, bien que fondées sur des logiques différentes, face à la « normalisation institutionnalisée » des parcours de vie. C'est parce que la politique de prévention s'intéresse au vieillissement en cherchant à sécuriser la dernière étape de la vie, et ne prend que peu en compte l'ensemble du parcours de vie des individus et ses multiples trajectoires qu'elle est inopérante.

Les comportements et les modes de vie ne peuvent faire de l'individu vieillissant un « homme nouveau », comme le demande le « bien vieillir » : à l'inverse, le vieillissement est un travail de relecture du parcours de vie, des événements centraux vécus par les individus et de la place sociale occupée. La politique de prévention ne peut alors atteindre ses objectifs : les parcours de vie nous apprennent qu'il est vain d'isoler une trajectoire particulière, ici la trajectoire de vieillissement. L'existence, dans le vieillissement, se vit et se pense comme une dynamique continue. Il faut ainsi remettre en cause les périodisations de la vie que les politiques publiques, dont celles de la vieillesse et du vieillissement, contribuent à construire. Le vieillissement et ce qu'il implique ne sont pas vécus en dehors de tout ce qui a construit les individus.

Références bibliographiques

Alvarez S. (2012), « La fragilité : le jeu des représentations. Pour une étude de la fragilité inscrite dans une gérontologie sociale », *in* Gucher C. (dir.), *La gérontologie sociale. Héritages et réflexions contemporaines*, Paris, L'Harmattan, p. 199-212.

Alvarez S. (2014), *Prévention et vieillissement. L'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du* « *bien vieillir* », thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de C. Gucher et P. Trompette, Laboratoire Pacte CNRS, Université Pierre Mendès-France, Grenoble 2, soutenue le 1er décembre.

Alvarez S. (2016), « Les frontières de l'âge dans les politiques de la vieillesse et du vieillissement. Constructions et déconstructions des âges de la vieillesse », *in* Sayah J. (dir.), *Frontières et mobilité*, Paris, L'Harmattan, p. 169-188.

Aquino J.-P. (2008), « Le plan national bien vieillir », *Gérontologie et société*, n° 125, p. 39-52.

Aquino J.-P. (2011), « Il faut s'ouvrir davantage aux personnes vulnérables », *La santé de l'homme*, Inpes, n° 411, janvier-février, p. 19-20.

Aquino J.-P. (2012), « Vieillissement et politiques publiques », *Gérontologie et Société*, hors-série, p. 273-280.

Billé M., Martz D. (2010), *La tyrannie du* « *bien vieillir* », Lormont, Le bord de l'eau.

Borgetto M., Lafore R. (2009), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris, Montchrestien.

Boudreau J., Picoche C. (1997), « Trente ans d'action sociale à la Caisse nationale d'assurance vieillesse », *Gérontologie et Société*, n° 81, p. 121-134.

Bourdessol H., Dupont O., Pin S., Signorini E., Verheye J.-C., Vincent I. (2011), *Les sessions de préparation à la retraite, un enjeu citoyen*, Saint-Denis, Inpes Éditions.

Cadiou S., Gagnon B. (2005), « L'action sociale des caisses de retraite : un dispositif complémentaire de la protection sociale des personnes âgées », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 7-32.

Cassou B. (2008), « Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées », *Gérontologie et Société*, n° 125, p. 11-22.

Castel R. (1995), *Les Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat*, Paris, Gallimard.

Castelli D. (1997), « Vieillir ? Cela s'apprend ! Stratégies et régulations identitaires de quelques aînés actifs en association », *Revue suisse de sociologie*, vol. 23, n° 3, p. 595-619.

Cefaï D. (2009), « La fabrique des problèmes publics. Boire ou conduire, il faut choisir ! », Postface à l'ouvrage de Gusfield J., *La culture des problèmes publics, L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, p. 219-318.

Déchamp-Le Roux C. (2012), « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et Société*, hors-série, septembre, p. 81-91.

Deschamps J.-P. (2003), « Une relecture de la charte d'Ottawa », *Santé publique*, vol. 15, n° 3, p. 313-325.

Dumons B., Pollet G. (1994), « Le retraité, une identité sociale nouvelle ? », *Ethnologie française*, vol. XXIV, n° 4, p. 790-799.

Dumons B., Pollet G. (1995), « Aux origines du système français de retraite. La construction d'une solution politique au problème de la vieillesse ouvrière au tournant », *Sociétés contemporaines*, n° 24, p. 11-39.

Fassin D. (1998), « Politique des corps et gouvernement des villes », *in* Fassin D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, p. 7-46.

Frinault T. (2005), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, n° 72, p. 11-31.

Gaudmer M. (1962), « L'action sociale en faveur des personnes âgées. Rôle des caisses régionales de sécurité sociale et de la Caisse nationale de sécurité sociale », *Bulletin du service social des organismes de sécurité sociale*, n° 84.

Gucher C. (2012), *Vieillesses différenciées et « effets de milieu » : contribution à une théorie sociologique du vieillissement et de la vieillesse*, HDR, Université Grenoble Alpes.

Gucher C. (dir.), Mansanti D., Guillalot E., Mollier A., Alvarez S. (2012), *L'action sociale en direction des retraités et des personnes âgées : bilan, enjeux et perspectives*, CGT – contrat d'études IRES.

Guillemard A.-M. (1986), *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, Puf.

Guillemard A.-M. (1988), « État et politique sociale. Le cas de la politique française de la vieillesse », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, n° 15, p. 115-136.

Gusfield J. (2009), *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica.

Hatzfeld H. (1975), *Du paupérisme à la Sécurité sociale : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France : 1850-1940*, Nancy, Presses universitaires de Nancy.

Haut comité consultatif de la population et des familles (1962), *Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque*, Paris, La Documentation française.

Haut conseil de la santé publique (2010), *Évaluation du plan national Bien vieillir 2007-2009*, Paris, La Documentation française.

Igas (2003), *Santé, pour une politique de prévention durable*, Rapport annuel, Paris, La Documentation française.

Lenoir R. (1979), « L'invention du "troisième âge". Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 26, n° 1, p. 57-82.

Noiriel G. (1986), *Les ouvriers dans la société française XIX*e*-XX*e* siècle*, Paris, Éditions du Seuil.

Percheron A. (1991), « Police et gestion des âges », *in* Percheron A., Rémond R. (dir.), *Âge et politique*, Paris, Economica, p. 111-139.

Poirier J. (2012), *Préface à l'ouvrage 25 ans d'histoire : les retombées de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*, Montréal, Refips, p. 5-6.

Raymond E., Sévigny A., Tourigny A. (2011), « La participation sociale : bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités », *La santé de l'homme*, n° 411, p. 25-27.

Saint-Laurent A., Dejardin P. (2012), « Conception d'actions innovantes et modélisation : l'exemple des centres de prévention Agirc-Arrco », *Gérontologie et Société*, hors-série, p. 119-126.

Sanchez E. (2012), « Expérimentations et enseignements du GPS AG2R La Mondiale », *Gérontologie et Société*, hors-série, p. 261- 271.

Thomas H. (2005), « Le "métier" de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, n° 72, p. 33-55.