Activités physiques et sportives des seniors lorrains en milieu rural

Mai 2016

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES EN LORRAINE
2 rue du Doyen Jacques Parisot – 54500 Vandœuvre-lès-Nancy – tél. 03 83 67 68 69 – fax 03 83 67 66 98
Email : contact@orsas.fr – www.orsas.fr

L'ORSAS-Lorraine remercie les personnes ressources des communes de Cerville et de Hennezel, le pôle *seniors* du CCAS de Nancy ainsi que les personnes qui ont bien voulu participer à l'étude.

Etude réalisée par :

- Marjorie Michel, chargée d'études, ORSAS-Lorraine
- Gilles Dumait, assistant de recherche, ORSAS-Lorraine
- Laurent Chamagne, chargé d'études, ORSAS-Lorraine

Sous la direction de Michel Bonnefoy et Émilie Gardeur

Commandée et financée par la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Grand Est.

SOMMAIRE

Contexte et objectifs de l'étude 5
Eléments de définition 7
I. Les seniors, une catégorie aux contours mouvants 7
1. La vieillesse n'est qu'un mot 7
2. L'avancée en âge : des réalités variables 7
3. Espérance de vie, vie en bonne santé et autonomie 8
II. Santé, activités physiques et sportives et recommandations ? 9
1. La santé vient en bougeant 9
2. Recommandations, nature et bienfaits de l'activité physique et sportive 10
3. Les freins à l'activité physique et sportive 11
III. Activités physiques et sportives et ruralité 12
IV. La coordination, quelles définitions ? 13
1. Eléments de définition 13
2. Concernant l'APS des personnes âgées 13
Méthodologie d'étude : une démarche qualitative 16
I. Choix des territoires 16
II. Les outils mobilisés 18
V. Les thèmes abordés en entretien 18
VI. L'analyse des entretiens 19
VII. Regard sur la phase méthodologique 19
Photographie des territoires 21
I. Etat des lieux 21
1. Historicité des territoires 21
2. Contextes démographiques 22
3. Transports et équipements des communes 23
II. Deux communes, deux portraits : Hennezel et Cerville 24
1. Les activités proposées 24
2. Quelle coordination autour de l'APS des seniors en milieu rural ? 24
3. Un exemple d'action menée en milieu urbain : le CCAS de Nancy 25
Portrait des personnes âgées… 28
I. … par les acteurs 28
1. Nouveaux seniors et dépendants : deux catégories résistantes 28
2. Vrais ruraux vs ruraux de passage 29

3. Les activités physiques des personnes âgées 30
II. … par elles-mêmes 31
1. Avant-propos 31
2. La place de l'APS au quotidien 31
a. Une activité intégrée 31
b. Une activité prétexte : le lien avant tout 33
c. En cas de maladie 33
III. … En milieu urbain : esquisse d'une comparaison 34
Conclusion 36
Pistes de réflexion 40
Préconisations 41
Bibliographie indicative 42
Annexes 44
I. Eléments de définition/INSEE 44
1. Commune rural 44
2. Unité urbaine 44
3. Communes périurbaines 44
4. Communes multipolarisées 44
5. Couronnes périurbaines 44
II. Equivalent métabolique (MET) des activités physiques et sportives 45
III. Note de diffusion auprès des personnes âgées de Cerville 46
IV. Tableau des leviers et freins au bien vivre après 65 ans 47

Contexte et objectifs de l'étude

La lutte contre la sédentarité et la pratique d'activités physiques et sportives (APS) des personnes âgées s'inscrivent dans les enjeux de santé publique. L'objectif est de favoriser le *bien vieillir* des seniors en retardant la perte d'autonomie. Les politiques publiques, notamment à travers la loi d'adaptation de la société au vieillissement[1], proposent une approche globale de l'avancée en âge et cherchent à sortir de l'approche médicalisée pour proposer une vision positive du vieillissement où la prévention ne serait plus contrainte mais adaptée à chacun. Ainsi, l'enjeu est de proposer des pistes de travail et préconisations que chacun puisse s'approprier. La mise en place d'un groupe de travail interministériel « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des personnes âgées » a formulé cinq propositions :

- un nécessaire repérage des actions en cours,
- un repérage des freins et leviers à la pratique des seniors,
- une évaluation de la qualité des parcours de prise en charge des personnes,
- une attention particulière à la compétence des professionnels, associée à une obligatoire reconnaissance des rôles de chacun,
- une mise en place de financements pérennes des actions entreprises[2].

Cette étude, commandée et financée par la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Grand Est (DRDJSCS), avait pour objectif initial d'**interroger le niveau de coordination des acteurs locaux des champs socio-sanitaires et sportifs** dans l'accompagnement à la pratique d'activités physiques et sportives des personnes de 65 ans ou plus en milieu rural. La coordination des acteurs locaux des champs sanitaires, sociaux et sportifs, semble essentielle à l'engagement des personnes âgées de 65 ans et plus dans la pratique régulière et durable d'une activité physique ou sportive[3]. Sont pris en compte dans cette étude les activités physiques pratiquées en club et celles pratiquées au quotidien et qui ont un impact sur le *mieux vieillir* des personnes âgées, tant sur le plan physique que mental.

Au vu des premières lectures et des échanges avec les acteurs des territoires ruraux, ce premier pan de l'étude a été élargi à **l'amélioration de la connaissance des représentations et pratiques des acteurs qui œuvrent en direction des personnes âgées en milieu rural.** L'objectif est de comprendre la manière dont les communes rurales s'organisent autour de la problématique de l'avancée en âge : que connaissent-ils des seniors de leur commune ? Existe-il une coordination sur ces territoires ? Peut-on parler de coordination horizontale ? Pourrait-il exister une forme de coordination qui soit moins formelle et qui s'organise en fonction des réalités et besoins d'un territoire et d'une population ? Est-ce pertinent de mettre en œuvre une coordination autour de l'axe unique APS ou faudrait-il privilégier une approche globale et positive de l'avancée en âge ? L'étude vise à identifier des pistes d'action afin de faciliter le *bien vieillir* des personnes âgées (PA) en milieu rural.

[1] Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
[2] Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés, décembre 2013, 39 pages. http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf [consulté le 09/06/2015]
[3] Hypothèse fondée sur la feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé (23 septembre 2013).

Aussi, dans un second temps, il convient de mieux **appréhender les représentations, pratiques et attentes des seniors[4] en matière d'activités physiques et sportives** afin de confronter les représentations de chacun des deux groupes (personnes âgées et acteurs) et d'améliorer les actions proposées par une meilleure connaissance des publics concernés. Par quoi peut-on caractériser le mode de vie des seniors en milieu rural ? Quel type d'activités pratiquent-ils ? Comment définissent-ils la sédentarité ? Quelles sont leurs priorités une fois retraité ? Qu'est-ce qui favorise, ou non la pratique d'une activité ?

L'étude va chercher à comprendre **les dynamiques favorables et/ou opposables au *bien vieillir*** des seniors en milieu rural afin de favoriser l'amélioration de la **promotion de l'activité physique et sportive des seniors** en disposant d'une meilleure connaissance de leur mode de vie, ici, en milieu rural.

Au dernier recensement, les plus de 60 ans représentaient un quart de la population en France et plus d'un tiers dans les communes rurales isolées[5]. Pour ce qui est du fait sportif, on assiste à sa démocratisation. Pourtant, il convient de noter la rareté des travaux combinant vieillissement et activités physiques et sportives, en dehors du champ sanitaire, et plus particulièrement en milieu rural.

[4] Les termes « seniors » et « personnes âgées » seront employés de manière identique et lorsqu'une différence sera opérée, cela sera précisé.
[5] Petiau Michaël. *Pratiques et territoires sportifs des personnes âgées dans la plaine du Roussillon*. Presses Universitaires de Perpignan. 2006. Pp 151-167.

Eléments de définition

Avant de présenter les résultats de cette étude, il nous a semblé pertinent de définir les termes qui constitueront l'objet de ce travail afin que le lecteur dispose d'éléments de connaissances partagés et partageables.

I. Les seniors, une catégorie aux contours mouvants

1. La vieillesse n'est qu'un mot[6]

Il existe de nombreux termes pour parler des personnes âgées ; au XIXème siècle, avec l'invention des retraites, les personnes âgées sont passées de *vieillards* à *retraités*. Dans les années 1960, elles se font appeler *le troisième âge*, *les personnes âgées* dans les années 1980 et à partir des années 1990, les *seniors*. Or, toutes ces appellations ne sont pas sans impact sur les représentations qui accompagnent les personnes vieillissantes. Pour reprendre l'expression de Pierre Bourdieu, *la vieillesse n'est qu'un mot* et prend son sens dans les contextes historiques et sociaux qui l'accompagnent. **La vieillesse est donc un construit social qui dépend de la manière dont une société « pense, organise et met en forme cet âge de la vie »**[7].

De nos jours, la signification de la retraite a changé et n'est plus marquée par le « retrait » de la vie sociale. **On observe un sens différent de la retraite, plus optimiste**. La diffusion des valeurs d'épanouissement et de réalisation de soi engagées par l'individualisme tendent à faire de cette période une nouvelle étape de la vie, active et désirable[8]. **Toutefois, malgré ce changement de signification, l'avancée en âge reste souvent éludée par les personnes concernées et empreinte de négativité par le sens commun**.

2. L'avancée en âge : des réalités variables

Aussi, **à l'intérieur de cette même catégorie, les seniors, on retrouve un certain nombre de situations et de représentations associées, allant du senior heureux à la personne âgée dépendante évoquant la maladie et la tristesse**. Le mode de vie des personnes âgées varie allant d'un fort taux d'activité à des positions de retranchement (repli de la personne). Quand des études naissent, elles portent davantage sur des groupes tels que les jeunes retraités, les personnes très âgées ou les personnes en institution. **Il n'y a donc pas une vieillesse mais plusieurs vieillesses** et ces catégorisations dépendent assez largement du regard qui est posé sur les individus : personne qu'on dit vieille, ou non. La vieillesse est souvent bicatégorisée. Une vigilance sera apportée à l'usage de cette classification puisque le découpage par l'âge est restrictif et tend à assimiler l'ensemble des personnes très âgées à des personnes dépendantes[9]. Il n'est pas question de considérer cette

[6] « La jeunesse n'est qu'un mot » est une expression du sociologue Pierre Bourdieu qui a servi de titre à un entretien paru dans « Les jeunes et le premier emploi » (1978).
[7] CARADEC Vincent. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociale*. 2009, n°157, pp. 38-45.
[8] Idem.
[9] Christian Lalive D'Epinay a travaillé autour de trois catégories fonctionnelles correspondant à trois étapes de la nomenclature, d'indépendant à handicapé. Il a montré que le seuil chronologique était peu pertinent au vu de la différence entre la répartition usuelle et celle par statut fonctionnel (Lalive d'Epinay, 2008).

terminologie comme immuable mais bien de porter intérêt au processus de vieillissement, ces deux catégories ayant des frontières plus floues que celles construites dans l'imaginaire collectif[10]. L'intérêt sera porté aux représentations qu'ont les seniors de l'activité physique et plus largement de leur mode de vie.

Aussi, d'autres variables sont à prendre en compte pour appréhender l'expérience du vieillissement, à savoir, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle (CSP), le niveau d'études. On sait par exemple que les femmes âgées aujourd'hui, ont développé une « virtuosité relationnelle » leur permettant de s'adapter plus facilement aux changements[11]. Les femmes seraient davantage engagées dans les relations et solidarités familiales et seraient plus tournées vers autrui que les hommes ce qui les amènerait à mieux s'adapter aux changements provoqués par la vieillesse. Concernant la CSP, les personnes issues de milieux sociaux populaires ont un rapport à la santé plus curatif que préventif ce qui rend difficile le *bien vieillir* lors de l'avancée en âge[12].

3. *Espérance de vie, vie en bonne santé et autonomie*

En France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 78,7 ans et celle des femmes de 85 ans[13]. L'indicateur qui nous intéresse en premier lieu par rapport au sujet (les seniors de 65 ans ou plus) et à l'objet (la coordination de l'APS) de la présente étude n'est pas tant l'espérance de vie que celui des années de vie en bonne santé (AVBS)[14]. En France, les données d'Eurostat issues d'une enquête annuelle à l'échelle européenne, étant réalisés à partir d'un recueil de données déclaratives, présentent une évolution de l'espérance de vie en bonne santé stable voire défavorable. En 2013, l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé est proche de l'âge minimum concerné par l'étude à savoir 64,4 ans[15]. Ceci constitue donc un écart non négligeable entre les indicateurs d'espérance de vie et d'AVBS et met l'accent sur l'importance de la notion de bonne santé suffisante à la pratique d'APS. En 2012, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17,5 % de la population française et 17,5 % de la population lorraine[16] – parmi lesquels se trouvent des personnes plus ou moins autonomes.

Il convient également de noter la distinction entre dépendance et perte d'autonomie : **l'autonomie consiste à décider pour soi-même malgré les handicaps physiques ; la dépendance, au sens biomédical, est l'incapacité à faire**. **Au sens sociologique, il s'agit de ce qui inscrit un individu dans une société** : « c'est par les relations aux autres que j'existe, c'est par les relations aux autres que je me construis »[17]. Bien que la loi d'adaptation de la société au vieillissement privilégie une approche globale des seniors, l'orientation curative des politiques sanitaires et sociales tend à amener les personnes âgées à reconstruire leur identité en tant que personne malade, sous-tendant plus de

https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-4-page-199.htm [consulté le 13/01/2016]

[10] CARADEC Vincent. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 3ème édition. Armand Colin. Paris, 2012, 127 p.

[11] Idem.

[12] Idem.

[13] Insee. Recensement 2012.

[14] Site de l'Insee. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/esperance-vie-bonne-sante.htm [consulté le 19/02/2016]

[15] Site Eurostat. http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=fr&pcode=tsdph100&plugin=1 [consulté le 19/02/2016]

[16] Insee. Recensement 2012.

[17] HARDY Laurence. La vieillesse n'est qu'un mot. *Dépendance, Handicap, Vieillesse*. Doc éditions, 2009, pp. 6-8.

care. **Nos sociétés appréhendent le vieillissement sous le prisme du déclin, du ralentissement et ces représentations tendent à conditionner une approche négative et des discriminations à l'égard des seniors**[18]. Cette approche a contribué à médicaliser la vieillesse, et plus généralement le social ; et à exclure d'autres lectures restituant l'expérience intime du vieillissement en y intégrant par exemple la lecture du lien social et de celle du plaisir. Ainsi, la vieillesse est appréhendée sous l'angle de la capacité et de l'incapacité notamment à travers le concept de dépendance[19]. C'est donc le regard porté sur la vieillesse qu'il conviendrait d'interroger et de transformer[20]. Dans le cadre de cette étude, une vigilance sera portée aux notions de dépendance et de *bien vieillir* qui portent en elles un double risque : celui d'une part de conduire au déni des vulnérabilités du grand âge et d'autre part de faire des individus les seuls responsables de leur « bien » ou « mal » vieillir[21] via la lecture des seuls déterminants individuels alors que les différentes instances sociales se doivent d'intervenir dans la compensation des effets liés au vieillissement. Le vieillissement sera appréhendé comme un processus, constitué d'étapes et de passages.

II. Santé, activités physiques et sportives et recommandations ?

1. La santé vient en bougeant

La santé est un capital à préserver et une ressource à mobiliser dans une perspective de construction du bien-être[22]. L'activité physique permet de retarder la dépendance des personnes et de *bien vieillir*[23]. Pour vieillir en bonne santé, il est nécessaire d'adopter des comportements favorables à la santé physique, sociale, mentale et environnementale.

La santé est appréhendée comme le résultat dynamique des interactions entre les individus et leur environnement, d'où l'intérêt de mobiliser les pouvoirs publics afin de favoriser l'activité physique des personnes âgées.

L'activité physique peut se définir comme étant un mouvement corporel augmentant la dépense énergétique[24]. Les mouvements de la vie quotidienne en font donc partie[25]. Parmi les personnes de 55 à 75 ans, 40,2 % des personnes pratiquent un niveau élevé (voir annexes pour la définition) d'activité physique[26]. Les femmes sont moins nombreuses à pratiquer une activité physique. Pour ces dernières, l'avancée en âge est synonyme de diminution de l'activité physique. Par ailleurs, pour ce

[18] CARADEC Vincent. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin, Paris, 2012, 127 p.
[19] FRINAULT Thomas. La dépendance : une construction sociale de la vieillesse en débat. *ADSP*. 2006, n°56, pp. 61-63.
[20] Idem.
[21] CARADEC Vincent. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin, Paris, 2012, 127 p.
[22] INPES. *Les comportements de santé des 55-85 ans*. 2014, 189 p.
[23] INPES. *Actions collectives – bien vieillir*. 2014, 107 p.
[24] Site de l'Organisation Mondiale de la Santé, http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/ [consulté le 04/10/2016]
[25] Propos recueillis lors de la conférence « Bien vieillir grâce à l'activité physique » animée par le professeur Philippe Perrin dans le cadre de la campagne Carrefour Santé sur les accidents de la vie courante. 12/12/2014.
[26] Soins Gérontologie. *L'activité physique de 55 à 75 ans, analyse* [en ligne]. Mai/juin 2012. Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/bien-vieillir/pdf/soins-gerontologie.pdf [Consulté le 05/03/2015]

qui est de ces activités, la notion de qualité[27] dans leur réalisation doit être considérée, ce qui est plus difficile lorsque ces activités sont intégrées au quotidien.
Les dépenses énergétiques se déroulent selon deux modes :

- anaérobie : activité de résistance
- aérobie : activité d'endurance

On parle également d'activité physique modérée qui demande un effort moyen et accélère sensiblement la fréquence cardiaque (3-6 MET[28]) ou intense qui demande un effort important (voir annexes).

Dans cette étude, la sédentarité, différenciée de l'inactivité physique sera prise en compte. Depuis 2012, l'inactivité physique a été identifiée comme la principale cause de mortalité évitable, devant le tabac[29]. **La sédentarité se définit comme le temps passé assis ou allongé pendant la période d'éveil**[30]. Il est recommandé de passer moins de huit heures assis par jour, entre le lever et le coucher.

2. *Recommandations, nature et bienfaits de l'activité physique et sportive*

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande les activités suivantes pour les personnes âgées de 65 ans et plus[31] :

- Les personnes âgées devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.
- Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les personnes âgées devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.
- Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.
- Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

---

[27] Cela interroge la meilleure manière de réaliser les APS selon ses possibilités et en adoptant les postures les plus appropriées.
[28] Le MET est le niveau de dépense énergétique au repos. Selon l'usage, il s'agit d'une prise d'oxygène de 3,5 ml par kilo de poids corporel par minute. On classe souvent les activités physiques selon leur intensité, en utilisant l'équivalent métabolique comme référence.
[29] http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sport-_santeactivitephysique-sedentarite.pdf [consulté le 09/05/2016]
[30] Idem.
[31] OMS. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* [en ligne]. Disponible sur http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/ [consulté le 09/02/2015]

Les recommandations en matière d'activité physique découlent des connaissances sur la relation dose-réponse entre un volume donné d'activité physique (la dose) et une modification physiologique ou un effet sur un critère de santé (la réponse). La dose est habituellement définie par l'intensité, la fréquence et la durée par session d'un type donné d'activité résultant en une quantité totale d'activité physique[32]. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus notamment, l'activité physique englobe notamment les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire[33].

Dans l'ensemble, comparés à des hommes et femmes plus sédentaires, les personnes âgées plus actives sur le plan physique :

- « ont un plus faible taux de mortalité toutes causes confondues, cardiopathies coronariennes, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, diabète de type 2, cancer du côlon et du sein ;
- ont une plus grande capacité cardiorespiratoire et musculaire, une masse corporelle et une répartition des tissus plus saines ;
- ont des marqueurs biologiques indiquant une prévention plus grande des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 ainsi que le renforcement de la qualité des os ; et
- ont une meilleure santé fonctionnelle, moins de risque de chuter, et ont de meilleures fonctions cognitives ; ont moins de risque d'être limitées de façon modérée ou sévère dans leur fonctionnement et de voir leur rôle social diminuer »[34].

3. *Les freins à l'activité physique et sportive*

Trois freins à l'activité physique et sportive sont évoqués dans l'enquête de 2013 « Pratique de l'APS : comment faire bouger les Français » : 1) manque d'envie 42 %, 2) manque de temps 17 %, 3) état de santé 13 %[35].

Aussi, lors de l'avancée en âge, les personnes vieillissantes opèrent des choix qui les conduisent à un réaménagement de leur quotidien par la réorganisation de certaines activités. Il s'agit de la déprise[36]. Ce concept décrit un processus de réaménagement de la vie qui se produit au cours de l'avancée en âge. Au fur et à mesure que les personnes vieillissent, elles sont confrontées à des difficultés croissantes (décès du conjoint, maladie, fatigue du temps, éloignement des enfants et petits-enfants, etc.). Il s'agit d'un réaménagement de l'existence qui conduit les personnes âgées à réorganiser

[32] Inserm. *Activités physiques. Contextes et effets sur la santé* [En ligne]. www.inserm.fr/content/.../activite_physique_contextes_effets_santé.pdf [consulté le 26/02/2015]
[33] OMS. *L'activité physique des personnes âgées* [en ligne]. Disponible sur http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/ [consulté le 24/02/2015]
[34] Organisation Mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* [en ligne]. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/ [consulté le 09/02/2015]
[35] Assureurs prévention. *Pratique de l'activité physique et sportive : comment faire bouger les français* [en ligne]. Septembre 2013. Disponible sur http://www.assureursprevention.fr/sites/upload/docs/application/pdf/201309/dossier_de_presse_activite_physique_2013_ap_web.pdf [consulté le 19/02/2015]
[36] CARADEC Vincent. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*. 2009, n°157, pp. 38-45.

certaines de leurs activités voire de les abandonner. Souvent les activités délaissées sont remplacées par d'autres qui demandent moins d'efforts. La déprise est un processus actif fait de stratégies permettant aux personnes âgées de s'économiser pour continuer à faire des activités qui ont le plus de sens à leurs yeux. « Le concept de déprise présente le grand intérêt de décrire un mouvement général – un mouvement de reconversion sur fond de réduction des activités – et d'étudier de quelle manière il se décline en fonction des contextes physiologiques et sociaux, très divers, dans lesquels s'inscrivent les trajectoires individuelles du vieillissement ». La déprise intervient suite à des déclencheurs. L'auteur en décrit quatre :

- les problèmes de santé et les déficiences physiques,
- la fatigue, le manque d'envie,
- la raréfaction des opportunités d'engagement (notamment suite au décès du conjoint qui réduit le champ des activités et de celles pratiquées à deux),
- les interactions avec les proches, parfois décisives dans l'arrêt de certaines activités, comme la conduite par exemple.

Telle qu'elle est définie par l'auteur, la « déprise consiste à maintenir des prises signifiantes sur le monde ». Comprendre cela permet d'appréhender l'avancée en âge à travers le sens que les individus lui donnent et de mettre en place des actions de prévention qui soient davantage compréhensives et qui tiennent compte des enjeux que représente la vieillesse. Ici, c'est l'environnement social et culturel qui peut assurer des conditions d'existence plus favorables aux personnes âgées et donner du sens à ce que les personnes vivent. En tant que tel, ce concept peut être pris sous le prisme du déclin alors que le vieillissement est un processus plus large. Il convient donc d'ajouter à ce concept les notions d'épreuves et d'enjeux qui permettent de valoriser les nouveaux pans de l'identité des seniors.

III. Activités physiques et sportives et ruralité

Chez les seniors, la part d'activité physique encadrée et adaptée, celle-là même qui implique un équipement sportif ou similaire (bâti), semble modeste et inégalement répartie sur les territoires urbain/rural. Deux raisons peuvent expliquer ce constat : la rareté des équipements dans le monde rural et l'hétérogénéité des compétences des acteurs. Sur les 250 000 équipements sportifs en France métropolitaine, 27 % sont situés en zones rurales, 45 % dans les pôles urbains et 28 % dans les communes périurbaines[37]. Les territoires ruraux concentrent en revanche plus de la moitié des sites de sport de nature. De plus, ramené à sa population – moins de 21 % de la population totale – le milieu rural semble plutôt bien doté en infrastructures sportives. Pourtant, plus d'un tiers des communes rurales en sont totalement privées et 16 % seulement de ces équipements sont desservis par les transports en commun. Ils sont souvent sous-utilisés en raison du manque de proximité, d'une insuffisance d'animateurs sportifs ou de temps de trajets trop longs. Dans les territoires de montagne, sur le littoral ou dans les zones touristiques, des contraintes liées à la saisonnalité

[37] Fondation de France. *Sport et santé en milieu rural* [en ligne]. http://www.fondationdefrance.org/Nos-Aides/Vous-etes-un-organisme/Solidarite-avec-les-personnes-vulnerables/En-France/Maladie/Sport-sante/Sport-et-sante-en-milieu-rural [consulté le 19/02/2015]

peuvent aussi freiner l'accès à une pratique régulière[38]. La part des seniors « licenciés » se concentre dans seulement quelques sports « ouverts » aux plus de 60 ans, parmi ceux-là, la randonnée pédestre ne nécessite pas en pratique d'installations sportives élaborées. En fait, les densités d'équipements sportifs rendent peu compte des stratégies individuelles de maintien en forme quelle que soit l'activité, formelle ou informelle.

Nombreuses sont donc dans les zones rurales les personnes qui ne peuvent bénéficier des bienfaits d'une pratique d'activité physique et sportive assidue et coordonnée d'où l'intérêt portée par cette étude aux activités physiques quotidiennes et aux vertus inhérentes à la campagne.

IV. La coordination, quelles définitions ?

1. Eléments de définition

Le système français serait caractérisé par la difficile mise en œuvre d'une unification des systèmes de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en perte d'autonomie[39], et plus largement dans l'accompagnement des individus dans l'avancée en âge. Une multitude d'acteurs, à différents niveaux territoriaux se croisent, rendant difficile la continuité et la cohérence des services et de l'accompagnement dédiés aux personnes âgées[40]. Aussi, les pouvoirs publics ont cherché à mettre en œuvre une **coordination d'acteurs afin d'harmoniser les actions mises en œuvre autour des personnes âgées**.

Pour cela, trois niveaux de coordination des actions en direction des personnes âgées ont été définis[41] :

- le micro-opérationnel : les besoins sont repérés par les plans d'aide élaborés par les équipes médico-sociales des départements en charge de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)[42]. On parle de coordination de proximité ;
- le méso-organisationnel : met en réseau les structures intervenantes ou les décideurs, en amont de l'intervention concrète autour de la personne. Il s'agit d'identifier les intervenants et d'animer un réseau ;
- le macro-institutionnel : organisation des réponses institutionnelles au niveau régional et national. Ce niveau définit les programmes d'actions et leur mise en œuvre.

2. Concernant l'APS des personnes âgées

La recherche bibliographique menée sur le concept de coordination autour de l'APS des seniors a été peu fructueuse mais nous a permis de distinguer deux types de coordinations faisant écho à la

[38] Idem.
[39] Société et vieillissement, rapport du groupe 1, p. 56
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Groupe_1.pdf [consulté le 31/12/2015]
[40] Idem.
[41] Fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Jean-Claude Sardas, Sébastien Gand. (2011), *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*.
[42] On notera que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, à l'intention donc des seniors, n'a pas vocation à organiser et dispenser de l'activité physique.

typologie ci-dessus notamment concernant la mise en réseau des structures intervenantes et dans l'identification des intervenants.

Le premier type de coordination (se rapprochant du méso-organisationnel) désigne une planification autour d'un encadrement professionnel pluridisciplinaire travaillant en réseau à des fins thérapeutiques dans l'intérêt d'un patient volontaire principalement atteint d'Affection de Longue Durée (ALD) et en perte d'autonomie (obésité, handicap, vieillissement), ou plus généralement à destination des personnes insuffisamment actives. Citons en exemple l'expérimentation réseaux *sport-santé*, initiés par les DRJSCS et parfois aussi par les ARS, qui illustre un type de coordination que nous pouvons qualifier de méso-organisationnel. Ce sont des modèles fortement organisés et coordonnés dans lesquels :

- le pilotage opérationnel du réseau est réalisé sous forme associative ;
- les publics sont ciblés ;
- les bénéficiaires disposent d'un suivi médical et d'une évaluation formalisée dans un livret ;
- les personnels de santé sont volontaires et formés, et les professionnels de l'activité physique et sportive sont formés spécifiquement (diplômes délivrés par l'Education Nationale ou par le Ministère de la Jeunesse et des Sports) à l'accueil des publics « cibles ».

Dans l'Est de la France, par exemple, deux expérimentations *sport-santé* sont actuellement à l'œuvre, le réseau « SAPHYR » en Lorraine et le réseau « sport-santé sur ordonnance »[43] de la ville de Strasbourg. Pour ce qui de l'action « sport-santé sur ordonnance », il s'agit d'une action sociale facultative via la création d'une compétence optionnelle, c'est-à-dire l'expression d'une politique singulière des collectivités au croisement d'une vision politique des priorités et des modes d'intervention et d'une connaissance factuelle des besoins spécifiques d'une population[44], notamment des personnes vieillissantes.

Ces types d'expérimentations sont difficilement transposables à l'échelle des territoires ruraux, voire hyper-ruraux[45], où la présence d'infrastructures ainsi que la proximité des personnels de santé et d'éducateurs sportifs reste aléatoire et incertain. Outre ces difficultés, les territoires ruraux sont aussi généralement plus pauvres ce qui restreint d'autant leurs capacités d'interagir dans ce sens. D'un autre côté, les communes rurales « font valoir leur réactivité et leur capacité à agir au plus près de leurs administrés, en fonctions de besoins spécifiquement identifiés »[46].

Dans cette même logique, une autre forme de coordination a été repérée, entrant difficilement dans la terminologie proposée plus haut. Il s'agit des démarches personnelles et spontanées de la part des seniors dans un cadre associatif, ou privé à but lucratif, nécessitant l'obtention le plus souvent d'un certificat médical de non contre-indication. Cette coordination s'organise autour de seniors dont le statut de l'association exige, en échange de la licence, la présentation d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive signé par le médecin traitant. Ce certificat n'est en revanche plus obligatoire dans le cas d'une pratique « opportuniste » ou « anarchiste » de l'activité physique

[43] Ville de Strasbourg. [en ligne] Disponible sur http://www.strasbourg.eu/vie-quotidienne/solidarites-sante/sante/sport-sante-sur-ordonnance-a-strasbourg [consulté le 14 janvier 2016]
[44] Drees. L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées. *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 71, déc. 2015, p. 10
[45] BERTRAND Alain. *Hyper-ruralité*. Rapport parlementaire, Juil. 2014, p. 7
[46] Idem, p. 18

et sportive, solitaire ou en groupe, comme par exemple faire : du vélotourisme, de la natation, de la pétanque, de la marche à pied… Dans ce cas, le niveau de coordination est informel et simplifié, tributaire du lien social, et suspendu à une entente entre amis dans l'objectif de passer un bon moment ensemble, de joindre simplement l'utile à l'agréable en dehors des considérations biomédicales. La nature de cette **coordination, que l'on pourrait qualifier d'horizontale**, s'émancipe en quelque sorte d'une offre hiérarchisée passive composée de corps intermédiaires, pour construire une approche réactive qui, à partir d'une ressource facilement mobilisable dans le tissu social proche, permet aux personnes âgées d'agir dans le *mieux vieillir*. Cette coordination dite horizontale pourrait être mieux adaptée aux besoins et attentes des personnes âgées résidant en milieu rural puisqu'il semblerait que portée par les pairs, elle ait plus de résonnance auprès des PA et permettrait aux individus d'être valorisés en tant qu'acteurs du *mieux vieillir*.

L'encadrement formel de la pratique sportive par un dispositif coordonné de surveillance, d'information et de recommandation, à l'intention d'une personne âgée, apparait comme le moyen le plus sûr de parvenir à une bonne pratique et d'éviter, autant que faire se peut, un problème. Quel que soit le type de coordination choisi, le médecin traitant est central puisqu'il est un interlocuteur privilégié chez les personnes âgées. Sa position de proximité avec le patient lui permet d'évaluer les besoins, repérer, orienter et conseiller les seniors, voire prescrire de l'activité physique, en tenant compte de l'état de santé objectivé du pratiquant. Toutefois, dans ce type de coordination, l'indicateur de « suffisamment bonne santé pour soi »[47] peut induire un écart entre les recommandations de santé publique et la santé perçue des personnes âgées, et de fait, la pratique d'une APS.

Dans tous les cas, que ce soit en tenant compte de l'état de santé objectivé ou de la « suffisamment bonne santé pour soi », s'intéresser aux situations des seniors suppose d'interroger la complexité de leur conditions à travers les critères suivants[48] (par ordre décroissant) :

- critères sanitaires (intrinsèques) : polypathologies ou pathologies lourdes, démences ou troubles cognitifs diagnostiqués, troubles du comportement, refus de soin, syndrome de Diogène ;
- critères socio-environnementaux (extrinsèques) : isolement social, précarité ou difficultés sociales, logement insalubre ou inadapté, épuisement de l'aidant ;
- critères d'autonomie : perte d'autonomie et troubles de la marche ou chutes.

[47] Propos issus de la conférence de Lionel Pourtau, sociologue - direction de la recherche clinique de l'Institut de cancérologie Gustave Roussy, *De la démocratie sanitaire*, 20 avril 2015.
https://www.youtube.com/watch?v=6d1DxoWsVVY [consulté le 14 janvier 2016]

[48] BAS Hélène. *Dispositifs de coordination pour la prise en charge des personnes âgées complexes. Comment aborder la complexité ?* Master 2, Université Paris Descartes, 2015, p. 8

Méthodologie d'étude : une démarche qualitative

Pour cette étude, il a été privilégié une **méthodologie d'orientation qualitative**. En effet, il s'agit bien de comprendre les représentations et pratiques des acteurs d'un territoire autour de la problématique et de lui faire écho avec celles des seniors.

I. Choix des territoires

L'étude porte sur les milieux ruraux. Cet espace est très vaste et représente « 70 % de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine »[49]. Toutefois, définir le rural n'est pas chose aisée. Souvent, les définitions tendent à le définir par la négative : tout ce qui n'est pas urbain. Or, des études ont montré que le rural ne pouvait pas se définir uniquement par son opposition à l'urbain puisque les comportements spécifiques ruraux n'existent plus[50] : la campagne n'est plus synonyme d'isolement et de retard mais est désormais symbole de calme, de patrimoine à préserver et représente un cadre de vie recherché[51]. L'espace rural « se caractérise par une densité de population relativement faible, par un paysage à couverture végétale prépondérante, par une activité agricole relativement importante, du moins par les surfaces qu'elle occupe »[52]. L'Insee définit l'espace rural comme un territoire composé de moins de 2 000 habitants agglomérés[53]. Pour saisir le milieu rural, vaste et hétérogène, nous pouvons le caractériser selon la typologie suivante :

- les « campagnes proches des villes » autrement dit le périurbain qui sont marquées par une occupation résidentielle importante. L'agriculture peut y tenir une place encore conséquente mais subit une forte pression foncière,
- les « nouvelles campagnes » qui développent à la fois des fonctions résidentielles, touristiques et « de nature » (lieux de ressources en eau, de maintien de la biodiversité…). Elles présentent le plus fort solde migratoire du territoire rural et bénéficient d'une dynamique de l'emploi très positive,
- les « campagnes fragiles » – autrement dit le rural isolé – constituées de territoires vieillis et peu densément peuplés. Ces territoires sont caractérisés par un espace rural à dominante agricole ou bien à dominante ouvrière dont le tissu industriel connaît un déclin marqué. Ils cumulent les handicaps d'un niveau de revenus modestes et d'un déclin démographique[54].

Pour des raisons de faisabilité, nous avons retenu une typologie simplifiée comprenant **deux types d'espaces ruraux : le périurbain et le rural isolé**[55]. Le rural isolé correspond à des territoires peu placés sous l'influence des villes. En Lorraine, il s'agit des zones éloignées du Sillon lorrain et de la bande frontalière. Il est situé sur les franges de la région, notamment à l'ouest. « Il est constitué de près de 250 communes appartenant à 16 cantons, situés au pied du Donon (54), dans l'Argonne et le

[49] INSEE Définitions et méthodes [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm [consulté le 23/02/2015]
[50] Encyclopédie de l'Agora [en ligne]. http://agora.qc.ca/dossiers/Ruralite [consulté le 23/02/2015]
[51] Idem.
[52] Idem.
[53] INSEE Définitions et méthodes [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm [consulté le 23/02/2015]
[54] Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR). *Typologie des espaces ruraux* [En ligne]. http://www.datar.gouv.fr/typologie-des-espaces-ruraux [consulté le 26/02/2015]
[55] L'espace périurbain est défini par l'INSEE (voir annexes).

Sud meusien (55), et enfin dans la Vôge (88) »[56]. Cet espace compte 11 % des communes lorraines et représente 11 % de la superficie régionale et ne rassemble que 2 % des habitants, du fait d'une densité de population très faible : 18 habitants par km², soit 2 fois moins que la moyenne du rural lorrain, et 6 fois moins que la moyenne régionale. Le rural isolé trouve sa spécificité dans la stagnation démographique et la fragilité sociale qui le caractérisent[57]. Ainsi, deux territoires ont été retenus :

- en zone périurbaine : Cerville, dans l'EPCI (Établissement Public de coopération Intercommunale) du Grand Couronné, dont le centre administratif est Champenoux. L'intérêt est porté sur une commune dont l'action du CCAS est limitée. Cette commune compte 591 habitants dont 73 personnes âgées de 65 ans ou plus (43 personnes âgées de 65 à 74 ans dont 19 hommes et 24 femmes ; 30 personnes âgées de 75 ans ou plus dont 18 hommes et 12 femmes) en 2012. Cette commune se situe à proximité immédiate de l'agglomération nancéienne (à 3 km de Pulnoy)[58] ;
- en zone rurale isolée : Hennezel, commune de l'EPCI du pays de Saône et Madon dans la Vôge est définie comme rurale isolée par la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt. Dans ce canton, elle est la plus éloignée d'Epinal parmi les communes de plus de 300 habitants. Elle compte en tout 416 habitants dont 68 personnes âgées de 65 ans ou plus (41 personnes âgées de 65 à 74 ans dont 22 hommes et 19 femmes ; 29 personnes âgées de 75 ans ou plus dont 8 hommes et 21 femmes) en 2012[59].

En parallèle de cela, nous avons également jugé pertinent de pouvoir **rendre compte de l'action organisée d'une commune autour de l'activité physique et sportive des personnes âgées en s'intéressant au territoire de Nancy**. Commune située en zone très urbaine (incluse dans la Communauté Urbaine du Grand Nancy), Nancy est une ville attractive qui concentre à la fois pouvoirs économiques, politiques, culturels et dispose d'infrastructures en adéquation avec un cadre de vie de type urbain. En 2012[60], sa population s'élève à 105 067 habitants dont, parmi les 65 ans ou plus, 4 993 hommes et 8 984 femmes.

Ce pan de l'étude nous a permis de proposer une réflexion autour de la question de la *coordination*, son rôle et sa place quand il s'agit d'activité physique des personnes âgées.

[56] DRAAF Lorraine – SRISE. *Rapport d'étude sur les espaces ruraux en Lorraine* [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL306/rural.pdf [consulté le 02/03/2015]
[57] Idem.
[58] Site de l'Insee http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-54110 [consulté le 07/07/2015]
[59] Site de l'Insee (la somme du nombre d'hommes et de femmes ne correspond pas car il s'agit d'estimations à la virgule près qui ont été arrondies) http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-88238 [consulté le 10/06/2015]
[60] Source Insee

II. Les outils mobilisés

Deux outils ont été mobilisés :

- **le groupe focus**, auprès des acteurs des territoires qui peuvent avoir une connaissance/influence sur la pratique de l'activité physique et sportive des seniors. Un focus a également été mené avec des personnes âgées résidant en milieu urbain. Le focus groupe est un type d'entretien de groupe composé de personnes concernées par une même problématique. Il permet d'obtenir des informations relatives à leurs opinions, attitudes et expériences[61] – **un entretien par territoire rural** a été réalisé : à Hennezel, avec deux membres actifs de la commune ; à Cerville, avec deux élues et une représentante du CCAS ; à Nancy, avec cinq acteurs du CCAS ; avec des seniors résidant dans le Grand Nancy – **quatre focus ont été réalisés**.
- **l'entretien semi-directif** auprès des personnes âgées des territoires ruraux. L'entretien semi-directif permet de centrer le discours des personnes enquêtées autour de grands thèmes définis au préalable. Cette méthode contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes[62] – **neuf entretiens ont été réalisés**, dont deux couples, sur la commune de Cerville, soit onze personnes rencontrées.

V. Les thèmes abordés en entretien

Trois grilles ont été construites pour cette étude, avec chacune des questionnements spécifiques :

- à destination des personnes âgées en milieu rural :
    - déroulé de la journée
    - les actions réalisées pour prendre soin de soi / pour se sentir bien
    - l'appréciation de l'activité physique
    - la connaissance des recommandations de santé
    - les activités pratiquées / place de l'activité physique
    - la sédentarité

- à destination des personnes ressources des communes :
    - photographie du territoire
    - les modes de vie des PA sur le territoire
    - la pratique de l'APS sur la commune
    - les acteurs engagés
    - les actions mises en œuvre
    - la coordination / l'organisation des activités à destination des seniors

[61] [en ligne] http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_fcg_res_fr.pdf [consulté le 10/02/2015]

[62] IMBERT Geneviève. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. Mars 2010. n°102. http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RSI_102_0023 [Consulté le 10/02/2015]

- à destination des personnes âgées résidant en milieu urbain[63] :
    - les activités de plaisir
    - les activités pour prendre soin de soin
    - la connaissance des recommandations de santé
    - la sédentarité

VI. L'analyse des entretiens

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu par thème afin de pouvoir dresser un portrait des habitant.e.s rencontré.e.s et de mieux connaitre leurs motivations quant à la pratique d'une activité physique, les leviers et les freins[64] en croisant les différents discours recueillis et en prêtant attention au contexte dans lequel les discours ont été construits. L'analyse repose ici sur des opérations idéelles (catégorisation, mise en contexte, réductions métaphoriques, recherches de structures, etc.)[65] et « *associe* [des] *techniques visant l'objectivation, l'émergence du sens avec d'autres techniques visant l'interprétation, l'explication du sens des contenus (l'inférence)* »[66]. Lorsque le discours des enquêté.e.s est cité, il apparait entre guillemets, en italique.

VII. Regard sur la phase méthodologique

Lors de l'organisation des groupes focus avec les communes rurales, nous nous sommes rapidement aperçu qu'il ne serait pas possible de rencontrer des acteurs des milieux sanitaire et sportif du fait de leur faible présence sur le territoire ou de leur absence de mobilisation quant à la problématique du *bien vieillir* en milieu rural.

Comme exprimé ci-dessus, nous avons rencontré onze habitant.e.s de la commune de Cerville sur la base du volontariat. Les entretiens ont en moyenne duré cinquante minutes. Nous n'avons pas pu rencontrer de personnes à Hennezel. Après trois mois de relance, les personnes ressources nous ont expliqué que les personnes âgées ne souhaitaient pas être dérangées, « *elles sont bien comme ça* ». Ce constat rend compte de la difficulté de mobiliser des seniors sans temps imparti pour la création d'un lien de confiance et d'un cadre sécurisant d'échange. Nous avons choisi d'intégrer ce refus comme élément d'analyse et comme illustration des freins à la mobilisation des personnes âgées en milieu rural (que nous traiterons plus loin).

[63] Les grilles pour les personnes âgées résidant en milieu rural et en milieu urbain sont différentes puisque l'enjeu ici n'était pas de réaliser une comparaison *stricto sensu* mais bien d'éclairer avec le discours de personnes résidant en milieu urbain certains points de l'analyse des entretiens menés en milieu rural.
[64] Voir annexes en fin de document.
[65] MUCCHIELLI, Roger. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris : ESF. 2006. 223 pages.
[66] VILATTE, Jean-Christophe. *L'entretien comme outil d'évaluation* 2007. Page 34.

De plus, nous avons choisi de ne pas retarder la poursuite de l'étude en engageant des investigations sur une autre commune rurale isolée, considérant d'une part que la compréhension d'un problème est plus importante que son exhaustivité et que de ce fait, les propos recueillis grâce au focus group à Hennezel et ceux des entretiens menés à Cerville permettaient de proposer une lecture assez fine des modes de vie des personnes âgées en milieu rural ; et d'autre part, que les données recueillies concernant la coordination en milieu rural lors des focus groups étaient suffisantes et ne nécessitaient pas de rencontrer d'autres personnes âgées. Toutefois, concernant cet aspect de l'étude, nous avons choisi de rencontrer des acteurs engagés auprès du pôle seniors du CCAS de Nancy afin d'affiner la réflexion de cette étude sur l'axe *coordination*.

Photographie des territoires

I. Etat des lieux

Les deux communes sélectionnées sont deux espaces bien distincts. Hennezel est une commune rurale profonde et Cerville se trouve à 3 km d'un grand centre urbain (Grand Nancy). De ce fait, les entretiens menés sur les communes ont révélé des informations variées, tant sur le territoire lui-même que sur la manière de l'habiter par les populations. La partie présentée ci-dessous est le fruit d'une recherche bibliographique réalisée par l'Orsas et des informations recueillies durant les entretiens avec les acteurs.

1. Historicité des territoires

Les témoins d'événements depuis 1946 et « les trente glorieuses » ont contribué localement à une recomposition démographique, économique et sociale dans ces deux communes spécifiques.

L'apogée de Hennezel-Clairey remonte à l'époque des verreries, connues des plus anciens. Dès lors, l'histoire des verreries se confond avec celle des habitants, ceux-ci partagent ensemble une culture ouvrière singulière par son environnement rural. D'après les propos recueillis, les anciens relatent « *l'esprit de verrerie* » qui perdure bien que l'industrie verrière ait définitivement disparu à l'aube des années 50. Il subsiste aujourd'hui, de cette époque révolue, une survivance des mentalités qui occasionne encore un clivage, tout du moins chez les personnes âgées, entre mentalités ouvrière (à Clairey) et paysanne (à Hennezel), et font que les « *querelles de clocher* » sont toujours vivaces.
Principalement, deux phénomènes simultanés, au cours de son histoire, ont impacté la démographie de Hennezel, l'apogée et le déclin de l'industrie verrière, et plus généralement, l'exode rural. En effet, en 1946 sa population passait de 750 âmes à 515 en 1968, pour continuer à décroître et atteindre aujourd'hui (données 2012) son niveau le plus bas, soit 416 habitants dont 29 hommes et 39 femmes de 65 ans ou plus. Pour endiguer le déclin annoncé et redynamiser le territoire, la mairie s'engage dans un projet immobilier en proposant à la vente un lot de terrains à bâtir, destiné à la réalisation d'un « petit lotissement (6 parcelles) récemment aménagé entre forêt et prairie »[67].

L'histoire récente de Cerville est, quant à elle, sensiblement différente de Hennezel au même titre que leurs trajectoires démographiques particulières. L'absence d'une industrie est un élément de différenciation important. Ainsi, la contemporanéité des anciens Cervillois, dont la plupart sont aujourd'hui retraités depuis longtemps, fait grandement référence au monde agricole traditionnel et familial. Cerville en 1946, comptait 168 âmes, sa population est restée à peu près stable jusqu'aux recensements 1975 et 1982, entre lesquels le nombre d'habitants a bondi en variation annuelle moyenne de +12,8 % passant de 192 à 449. Cette augmentation est surtout due sur cette période au solde migratoire (+11,4 % toujours en variation annuelle moyenne) ; ainsi, de nouveaux arrivants s'installaient en nombre, quittant les zones urbaines, fuyant le logement de masse, pour venir (ou revenir) dans les zones rurales périphériques et ainsi profiter, selon leurs critères, d'une meilleure

[67] Site de la mairie d'Hennezel
http://hennezel.fr/actualites-mairie/logement/ [consulté le 27/08/2015]

qualité de vie tout en accédant à la propriété, sous la forme de maison individuelle. Ce phénomène de rurbanisation est caractéristique de ces villages restés longtemps à l'écart, ou épargnés, des sirènes de la modernisation. Ils ont rapidement vu leurs populations croître et se modifier dans leur structure sociale et culturelle (par l'augmentation soudaine des revenus d'une nouvelle classe moyenne travaillant en ville dans le secteur tertiaire et consommatrice de biens culturels et de loisirs). Les anciens ont vu les modes de vies ruraux traditionnels – au sens des sociétés mécaniques décrites par Émile Durkheim[68] – s'étioler progressivement jusqu'à l'avènement des usages citadins, plus individualistes. Ainsi, devenue périurbaine, Cerville, ou tout du moins sa population, a son destin lié à celui de l'agglomération nancéienne toute proche. Bien sûr des exploitations agricoles demeurent actives sur la commune, mais comme les habitants, leurs modèles économiques et sociaux évoluent sous l'influence des villes.
Par rapport au découpage territorial, la ville est rattachée administrativement à la Communauté de Communes du Grand Couronné, mais cet ensemble intercommunal « *n'a pas d'unité homogène, pas de réelle identité et d'histoire commune, elle est beaucoup trop vaste* (le C.C. regroupe 19 villages) ». Selon les acteurs enquêtés, les habitants des communes préféraient s'organiser autour du Grand Nancy que dans la communauté de communes, rallongeant souvent la distance entre leur lieu de résidence et de travail.

2. *Contextes démographiques*

De nos jours, au dernier recensement en cours (ou officiel) en 2012, la population générale en France continuait d'augmenter mais à un rythme beaucoup moins important que dans les années 1970 et 1980. Désormais la situation de Cerville est en plein essor, on peut le penser puisque cette commune n'a jamais compté autant d'habitants, soit 591 dont 37 hommes et 36 femmes de 65 ans ou plus, et puisque sa situation comptable est saine.
Car en effet, l'autre particularité de ce territoire en mutation est la présence de sites industriels classés SEVESO à haut risque[69]. En effet, il existe plusieurs infrastructures sur le territoire : l'installation de stockage de gaz GDF Suez en aquifère profonde datant de 1970, la récente station d'interconnexion du réseau gazier, et enfin le risque d'effondrement des anciennes mines de sel, concession Cerville-Buissoncourt propriété de SOLVAY. La présence de ces grandes entreprises sur la commune génère des rentrées d'argent dans les finances publiques de la municipalité, *« on a des moyens* ». Les bienfaits de cette manne financière ont été valorisés en entretien, bien qu'une inquiétude se soit fait sentir sur les attentes, de plus en plus évidentes des habitant.e.s : « *on vit dans une société où tout est dû* ».
Cerville et Hennezel sont sur des conjonctures démographiques inversées : la première croît tandis que la seconde décroît. En outre, les portraits de leurs populations reflètent leurs zones d'influence ; les Hennezelois vivent plus en autosubsistance, dirigés vers l'intérieur (circulation centripète), alors que les Cervillois consomment plus à l'extérieur de la commune (circulation centrifuge). A ce propos, l'anecdote raconte, que quand Cercueil est devenu Cerville en 1972 après consultation locale, les opposants au nouveau nom arguaient son homonymie avec le terme dévalorisant *servile.* De la sorte,

[68] DURKHEIM Emile. *De la division du travail social*. Presses Universitaires de France. 2004. 416 p.
[69] La directive Seveso est le nom générique d'une série de directives européennes qui imposent aux États membres de l'Union européenne d'identifier les sites industriels présentant des risques d'accidents majeurs, appelés « sites SEVESO », et d'y maintenir un haut niveau de prévention.

au-delà des enjeux sémantiques, quarante ans après, la ville est présentée ironiquement comme « *dortoir* », le regard tourné vers les lumières de l'agglomération nancéienne[70].

3. *Transports et équipements des communes*

Au sujet de l'offre de transport, de l'offre de soins et des équipements sportifs et socio-culturels, les deux villes ou villages possèdent beaucoup de similitudes liées notamment à leurs tailles.
Hennezel n'est pas desservie par le réseau local de transport en commun. L'arrêt du réseau LIVO (Lignes Interurbaines des Vosges) le plus proche se situe à Darney à environ 10 km, deux directions sont alors possibles, Vittel (ligne 88) ou Épinal (ligne 4). Cerville est desservi par le réseau de transport *Tedibus*, affilié à la Communauté de Communes du Grand Couronné. Ces transports sont proposés en horaires fixes ou « à la demande ». Le recours par la population à ce réseau de transport semble marginal. Ces minibus, pouvant accueillir jusqu'à huit passagers[71], sont peu utilisés par les usagers du fait des peu de rotation, et des itinéraires contraints. Il a été constaté en focus group que « *les gens bougent vers Nancy mais pas dans l'autre sens* (vers Champenoux) ». Pour aller dans le sens de Nancy, les habitants peuvent utiliser les réseaux *Tedibus*, jusqu'à la Porte Verte et les transports STAN de l'agglomération, l'arrêt de bus le plus proche se situant à Pulnoy, à moins de 5 km.
Dans les deux cas, l'offre de transport semble insuffisante, et oblige les habitants à privilégier la voiture dans leurs déplacements.
L'offre de soins de proximité est également insuffisante. Les deux villes n'hébergent actuellement aucun service de soins (médecin, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute…). Les Cervillois et les Hennezelois doivent se déplacer par leurs propres moyens, c'est-à-dire en voiture ou ont recours à l'entourage, pour se faire soigner ou aller chercher leurs médicaments. Les villes les plus proches proposant la meilleure offre de santé sont, comme pour l'offre de transport, Pulnoy et Darney (dont un hôpital local). Toutefois, une offre de soins diversifiée existe à Champenoux, centre administratif du Grand Couronné, desservie par les transports *Tedibus*, mais apparemment peu usités par les habitants de Cerville.
Concernant les équipements sportifs existants, les deux villes investiguées disposent chacune d'une salle multisports. En outre, Cerville possède un terrain de football mais inutilisé car sans club, et Hennezel, une boucle de randonnée. Les équipements socio-culturels représentent l'autre versant de l'outil éducatif disponible. Cerville et Hennezel possèdent chacune une salle ou un foyer communal à disposition, une bibliothèque municipale pour tous et un terrain de loisirs (Cerville). Les deux territoires sont à peu près suffisamment équipés en installations, rendant matériellement envisageable la prise d'initiatives et l'accueil d'activités nouvelles.

---

[70] Un article de presse, en page 2, datant de 1972 rend compte de cet aspect : « voir Cercueil et mourir… Afin d'accueillir à bras ouverts les constructions d'un promoteur immobilier, 158 habitants de Cercueil, dans la proche banlieue de Nancy, avaient décidé par référendum, de changer le nom de la commune. Le Conseil d'État a approuvé le projet, et, depuis lundi matin, Cercueil ne s'appelle plus Cercueil, malgré l'opposition de 25 % des votants. Ceux-ci ne voulaient pas devenir Cerville (…) pour les beaux yeux d'un promoteur. Mais l'avenir du village en dépendait. Le promoteur immobilier estimait que ses futurs clients ne voulaient pas venir s'enterrer à Cercueil ». Ces propos semblent ironiquement prédictifs quand les habitants semblent davantage tournés vers les communes urbaines.
[71] Site du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle
http://www.ted.meurthe-et-moselle.fr/fr/tedibus-transport-a-la-demande/grand-couronne.html
[consulté le 27/08/2015)

II. Deux communes, deux portraits : Hennezel et Cerville

1. Les activités proposées

Selon les acteurs rencontrés en focus group, ces deux territoires offrent un cadre de vie favorable aux populations : « *le cadre n'a pas de prix* ». Toutes les personnes résidant dans ces communes sont majoritairement propriétaires de leur terrain (91,2 % à Cerville et 72,2 % à Hennezel[72]). La commune de Cerville dispose d'un foyer rural, actif pour les plus jeunes mais « *en standby pour les personnes âgées* ». Toutefois, il propose un certain nombre d'activités, principalement fréquentées par les actifs (gym, yoga, théâtre). Les personnes de 65 ans ou plus sont plus représentées au sein des ateliers vannerie et informatique.

A Hennezel, les associations à destination des jeunes sont nombreuses (Espérance Saint Stanislas, les Lutins) et le club de basketball compte de nombreux adhérents, attirant des jeunes des communes environnantes. Un club des anciens est actif et se réunit toutes les deux semaines. Les personnes âgées y pratiquent principalement des activités ludiques (belote, scrabble). Ce sont les plus âgées qui se rendent au club. Les personnes ne pouvant plus se déplacer seules sont accompagnées par d'autres seniors. La solidarité entre les personnes âgées semble forte sur le territoire.

La situation « *rurbaine* » de la commune de Cerville – village situé à proximité des villes[73] – incite les populations à pratiquer des activités hors de la commune. Ainsi, une partie des personnes âgées est inscrite dans des clubs de marche, des cours de gym ou de jujitsu à l'extérieur de la commune. L'ambiance négative de la commune et les « *cancans* » ont été cités comme n'incitant pas les personnes à s'investir sur la commune. A Hennezel, le discours a peu tourné autour de l'activité sportive mais davantage autour de l'activité physique que les personnes âgées réalisent « *sans s'en rendre compte* » (petits trajets à pied, jardinage, soin aux animaux, entretien de la maison). Il est intéressant de noter que les habitants rencontrés à Cerville ont également valorisé les activités physiques du quotidien plutôt que celles réalisées sur les communes aux alentours, valorisant ainsi, les bienfaits d'un mode de vie rural où la sédentarité est stigmatisée.

2. Quelle coordination autour de l'APS des seniors en milieu rural ?

Ces deux communes œuvrent peu en faveur de l'avancée en âge. Un des élus de la commune de Hennezel attend de l'enquête qu'elle fasse émerger les attentes des personnes âgées sur la commune[74]. La mairie de Cerville souhaite également renouveler les activités proposées aux seniors. Les deux communes organisent des sorties, repas et distribution de paniers[75] pour les plus anciens.

---

[72] Site de l'Insee http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-54110 [consulté le 07/07/2015]

[73] Dictionnaire Larousse http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rurbanisation/70282 [consulté le 07/07/2015]

[74] Personnes âgées que nous n'avons pas pu rencontrer…

[75] En fin d'années, les personnes âgées reçoivent un panier alimentaire avec des produits traditionnellement caractérisés de « raffinés ».

Il n'y a pas de réelle réflexion engagée autour des attentes des personnes âgées et de ce qu'une coordination autour de l'APS pourrait apporter sur les territoires. Jusque-là, la catégorie des seniors est peu prioritaire, les activités physiques étant d'abord organisées en direction des publics jeunes.

3. Un exemple d'action menée en milieu urbain : le CCAS de Nancy

Comme mentionné ci-dessus, nous avons rencontré des acteurs du Centre Communal d'Action Sociale de Nancy, commune du réseau *Ville Santé*[76] afin qu'elles nous présentent l'action engagée à destination des personnes âgées de la commune. Les principaux services mis en place par la commune et à destination des plus de 60 ans sont :

- le portage de repas,
- la téléassistance : assure la sécurité des seniors,
- le médiacteur : aide aux petits travaux,
- le téléphon'âge : lutte contre l'isolement,
- l'équipe pluridisciplinaire : professionnels intervenant pour faciliter les démarches des seniors,
- le déneigement,
- le plan climatique,
- les bons de 30 euros en fin d'année,
- les pass bus,
- l'hébergement : le CCAS dispose de résidences autonomie (foyers logements)[77].

C'est autour de cette action d'hébergement que nous avons mené un entretien avec les professionnelles du CCAS. Il s'avère que les communes n'ont pas de compétences en matière d'accompagnement au vieillissement (compétence du département). Outre leur mission générale de lutte contre les exclusions, les communes, via leur centre communal d'action sociale (CCAS), ont l'obligation légale (articles L 121-6-1 et L 121-6-2 du CASF) de tenir un registre des personnes âgées et handicapées qui en font la demande, afin de faciliter l'intervention des services sociaux (dans le cadre des plans canicule notamment)[78]. La ville ne dispose donc pas de service APS des seniors, c'est l'Office Nancéien des Personnes âgées (ONPA)[79] qui se charge de proposer des activités aux personnes âgées sur la commune[80]. Toutefois, suite à une étude sur la sécurisation des parcours

---

[76] Nancy Ville Santé a pour mission de coordonner un programme d'actions déclinées des quatre priorités de santé publique, contractualisées dans le Contrat Local de Santé du Grand Nancy :
- mobiliser les citoyens et les acteurs pour améliorer le bien-être et la qualité de vie des habitants
- améliorer l'accès à l'offre de santé pour tous les habitants du Grand Nancy
- améliorer la coordination des acteurs et la continuité des prises en charge
- inscrire la santé dans toutes les politiques de la Ville.

Nancy Ville Santé coordonne un réseau d'acteurs, de partenaires et d'associations qui œuvrent à votre service sur le territoire et s'attache à aider toute personne qui désire engager une action en rapport avec la santé.
http://www1.nancy.fr/solidarite/la-sante-pour-tous/nancy-ville-sante/ [consulté le 03/05/2016]

[77] Toutes ces actions sont plus précisément présentées sur le site de la ville de Nancy :
http://www1.nancy.fr/famille/seniors/des-services-proposes-au-domicile/ [consulté le 09/02/2016]

[78] Code de l'action sociale et des familles,
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796498 [consulté le 12/02.2016]

[79] Site de l'ONPA :
http://www.onpa.fr/ [consulté le 09/02/2016]

[80] Egalement pour les 20 communes de l'agglomération nancéienne et pour les communes extérieures au GN, selon des tarifications spécifiques.

piétons à Nancy – expérimentation réalisée dans le cadre du label *bien vieillir* de l'INPES[81] – et dans une volonté de prendre en compte les seniors de manière globale, le CCAS a souhaité travailler sur l'APS des seniors comme déterminant de santé positif au quotidien (bien-être, lien social, lutte contre l'isolement, etc.) dans le cadre des résidences autonomie.

Le CCAS propose donc des APS aux habitants des résidences autonomie et du quartier dans lequel se trouve la résidence[82]. La population des résidences est composée environ de 80 % de femmes / 20 % d'hommes autonomes de plus de 60 ans. Un tiers est originaire du quartier, un tiers de la ville et un tiers hors ville. Le CCAS est attentif au niveau social des occupants avec une vigilance à accompagner les bénéficiaires de l'APL : « *les résidences s'intègrent dans le service social de la mairie, c'est notre cœur de métier* » d'après la médecin conseil. La commune compte cinq résidences autonomie dans lesquelles sont proposées des activités physiques aux personnes âgées. Une membre du personnel du CCAS a obtenu un certificat de qualification professionnelle à l'animation de loisir sportif option activités gymniques d'expression et d'entretien[83] afin de répondre aux sollicitations des personnes âgées de développer l'APS dans les foyers. Les activités sont variées et adaptées et s'ancrent dans la quotidienneté des seniors grâce à des activités telles que le renforcement musculaire, la gym mémoire, la gym équilibre, etc. Le CCAS a construit son programme d'activités non pas pour inciter les personnes âgées à pratiquer à tout prix une activité physique mais pour que les contraintes liées au vieillissement soient réduites. L'objectif est de garantir l'autonomie et le bien-être des personnes âgées en respectant leurs attentes et possibilités. **L'activité physique s'intègre donc au quotidien (utilisation des gestes et tâches du quotidien pour construire les séances), elle représente un moment convivial et ludique** où les personnes (des femmes quasi exclusivement[84]) se retrouvent : « *des femmes se donnent rendez-vous pour venir aux activités* ». Selon les personnes rencontrées, les activités proposées relèvent plutôt du loisir que de l'APS. L'animatrice explique d'ailleurs que le terme « *sport* » n'est pas employé et tend à effrayer les seniors. Les femmes les plus âgées participent plus difficilement aux séances pourtant adaptées au tout venant. Ces femmes viennent le plus souvent assister aux séances en tant que spectatrices. Dans tous les cas, **proposer ces activités renforce la solidarité entre les personnes et contribue à diminuer l'isolement**. La mise en œuvre d'APS au sein des foyers s'inscrit dans une perspective avant tout sociale plutôt que biomédicale, elle permet de favoriser le lien social entre les personnes et aux personnes âgées de « *se faire plaisir* ».

Depuis octobre 2015, les activités proposées au sein des résidences autonomie sont ouvertes aux riverains des structures. De cette façon, les riverains pourront à la fois bénéficier des activités proposées dans les foyers mais également de conseils adaptés grâce au pôle ressource seniors. La volonté de la commune est d'offrir aux seniors tous les moyens de bien vivre à Nancy en accompagnant le processus de vieillissement des individus. Le CCAS est attentif au fait de faciliter la mobilité (déplacements et freins psychiques à la mobilité[85]) des riverains pour se rendre dans les foyers et développe des stratégies de mobilisation.

---

[81] https://www.carsat-nordest.fr/telechargements/pdf/evenements/colloque_26_mai/dossier_de_presse.pdf [consulté le 11/02.2016]

[82] http://www.social.nancy.fr/pagint/fiche.php?cid=329 [consulté le 12/02/2016]

[83] http://cr.sportspourtous.org/limousin/cqp-als-activites-gymniques-dentretien-et-dexpression [consulté le 12/02/2016]

[84] Les hommes se retrouvent également, davantage aux beaux jours pour pratiquer de la pétanque ou du mini-golf adapté.

[85] Les freins psychiques à la mobilité prennent en considération les dynamiques motivationnelles des individus en investiguant « simultanément les structures cognitives (et affectives) et les logiques sociales qui conditionnent ces préférences. Car les préférences ne sont rien d'autre que des valeurs, c'est-à-dire des constructions sociales, mises, ou au

A l'origine de cette démarche, une résidente d'un foyer a proposé de l'activité physique à ses pairs. La démarche s'est ensuite structurée en interne du CCAS mais elle est née d'une volonté collective des résidant.e.s. Pour les actrices rencontrées, **il ne s'agit ni d'une coordination d'action, ni d'une mise en réseau : « *on n'est pas dans quelque chose de lourd* »**. Les actions sont organisées et portées par le CCAS et s'inscrivent dans sa politique globale. Les montages de projet ne nécessitent pas de ressources extérieures à celles de la commune. Des partenariats sont bien sûr créés avec des structures et services compétents (ONPA, éducateurs sportifs, etc.) selon les objectifs des actions à mettre en place mais l'équipe pluridisciplinaire permet de porter les projets en interne.

Cet exemple d'action questionne l'objectif premier de cette étude qui était de rendre compte de l'intérêt d'une démarche coordonnée sur les territoires autour de l'APS des seniors. D'une part, **il semblerait que l'APS ne puisse se penser de manière autonome, sans considérer la personne vieillissante dans son entièreté**, l'APS étant souvent un prétexte à d'autres activités (lien social, mémoire, gestion du quotidien, plaisir) : « *on passe un bon moment* » ; et d'autre part, **il interroge la pertinence de mettre en œuvre une coordination quand les actions peuvent être organisées, soit de manière horizontale (à l'initiative des personnes âgées elles-mêmes), soit portée en interne** en connaissance des attentes des populations visées et en appui sur les réseaux et structures existantes pour développer ses actions.

moins projetées, en acte. L'accessibilité socio-cognitive de l'espace géographique permet donc de rechercher les conditions psychologiques et sociologiques des pratiques spatiales ».
Ramadier Thierry. (2011). *L'accessibilité socio-cognitive*, https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00626536/document [consulté le 13/02/2016]

Portrait des personnes âgées…

I. … par les acteurs

1. Nouveaux seniors et dépendants : deux catégories résistantes

Le constat est qu'il existe une grande variété de profils de personnes âgées mais deux catégories ressortent dans les discours : les jeunes retraités, dynamiques et les plus anciens, plus dépendants. La dépendance est définie par les enquêtés, principalement à travers la perte de mobilité et le fait de conduire un véhicule, plus largement donc à travers les notions de fonctionnalité et de mobilité et non pas à travers la notion d'autonomie, c'est-à-dire de la capacité de prendre une décision éclairée. Les groupes ont d'ailleurs évoqué en entretien l'importance pour les habitants de rester mobile. La grande majorité des personnes âgées dispose d'une voiture (avec ou sans permis). A Cerville, 98,1 % disposent au moins d'une voiture et 83,4 % à Hennezel[86]. Vivre à la campagne suppose de pouvoir se déplacer ; les personnes n'y parvenant pas sont, à Cerville, principalement accompagnées par leur famille et à Hennezel, par les pairs. Le lien social entre les personnes âgées semble plus important à Hennezel. Les cervillois sont décrits comme plus individualistes, voulant éviter les « *cancans* », quand l'entraide est primordiale à Hennezel.

A ce propos, il s'est avéré que pour les personnes âgées, les deux communes étaient porteuses d'un clivage : à Hennezel, les industriels versus les agricoles, et à Cerville, les néoruraux versus les agricoles (ruraux historiques). Il est intéressant de noter que les « *cancans* » et les rivalités existantes représentent un frein à l'engagement des populations sur leur territoire.

Dans les deux communes, il existerait deux groupes qui représentent deux générations distinctes, avec des types d'attentes différentes. **Les sorties et animations proposées ne correspondent plus aux nouvelles générations de retraités**. Les plus jeunes ne souhaitent pas être assimilés à la vieillesse en acceptant des activités étiquetées « *troisième âge* ». Aussi, à Cerville, les plus jeunes refusent le panier, également par rejet d'une certaine forme de charité. En focus group, a été évoqué le fait que les nouveaux ménages retraités ne sont pas en difficulté puisque les deux conjoints perçoivent chacun une retraite. A l'époque, le panier représentait « *un plus aux périodes de Noël* » avec des produits raffinés quand aujourd'hui la consommation de masse offre la possibilité de disposer de ces produits plus facilement. Les personnes retraitées vivant à Cerville sont issues de la classe moyenne aisée (à titre indicatif, 45 % de la population de plus de 15 ans possède minimum un baccalauréat[87] et la médiane du revenu annuel disponible par unité de consommation en 2012 est de 23 137 euros[88]). A Hennezel la part de diplômés est plus faible (23,3 % de la population de 15 ans et plus

[86] Il est intéressant de noter que 61,6 % des cervillois disposent d'au moins deux voitures alors qu'à Hennezel, seulement 38 % possèdent deux véhicules. Ce point pourrait illustrer deux modes de vie distincts sur les deux communes, l'un plus traditionnel où les femmes conduisent moins et l'autre plus moderne où les femmes sont plus autonomes et disposent du permis de conduire.

[87] Site de l'Insee http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-54110 [consulté le 07/07/2015]

[88] Les revenus par ménage ne sont pas disponibles au vu du faible nombre des ménages résidant sur les communes.

possède minimum un baccalauréat), de même que le revenu médian (16 500 €)[89]. Les personnes âgées viennent toutes chercher leur panier mais les sorties au restaurant, excursions et autres animations sont tacitement réservées aux plus anciens. Selon le participant.e.s au focus group, elles ne seraient pas adaptées aux attentes des plus jeunes retraités.

A Hennezel, comme à Cerville, les personnes les plus âgées représentent une génération où le travail était central et où pratiquer une activité physique et sportive pour se maintenir en bonne santé n'était pas une priorité. Dans les deux focus group, l'information concernant les messages de prévention et de promotion de la santé circule, par la télévision principalement, les mutuelles et les caisses de retraites. Toutefois, **pour qu'une information ait un impact sur les modes de vie des populations, celle-ci devrait intervenir plus précocement dans le parcours de vie des personnes**.

2. *Vrais ruraux vs ruraux de passage*

Les deux communes se distinguent également par les modes de vie pratiqués sur les territoires. Cerville est un lieu de résidence et non un lieu de vie, quand Hennezel est une commune où les personnes résident et vivent. A Cerville, les habitants ne seraient pas « *des vrais ruraux* » ; ils souhaitent bénéficier du confort de la campagne tout en profitant de l'offre des villes. *A contrario*, à Hennezel, la vie se centre sur le territoire. **La manière dont chacun des groupes a évoqué le jardinage est révélatrice**. Le jardin n'est pas apparu à Cerville comme une activité à part entière et les personnes s'en détachent quand ils pensent qu'elle va devenir « *trop complexe* ». Au vu de la proximité avec la ville et de la familiarisation avec ses services, le rapport à la terre parait moins fondamental et moins constitutif du mode de vie à la campagne. Les populations sont plus imprégnées de l'état d'esprit citadin environnant. D'ailleurs, de nombreux retraités de la commune préfèrent déménager en appartement dans une commune urbaine des alentours avant de ne plus pouvoir réaliser les petits travaux que sous-tend la vie en milieu rural. A Hennezel, le soin aux petits animaux et l'entretien du potager représentent les principales activités des personnes âgées. Les seniors réduisent la surface de leur potager pour l'adapter à leurs capacités physiques, ou l'entretiennent moins bien mais il s'agit d'une activité ancrée dans le quotidien, comme pour les seniors rencontrés à Cerville bien que la proximité avec les villes permette d'abandonner plus facilement le potager en se tournant plus facilement vers le fleurissement par exemple ; et facilite la satisfaction des besoins de santé. **Le potager à Hennezel a d'ailleurs été présenté comme un point positif de la vie à la campagne par les participant.e.s au focus group pour les personnes âgées en termes d'activités et de ressources** et à l'inverse il est défini comme contraignant à Cerville et moins nécessaire au vu des services disponibles à proximité. Les entretiens menés avec les seniors à Cerville ont révélé que le potager était important pour les cervillois mais avec une signification différente dans son usage : **à Hennezel il est associé à la substance quand à Cerville, il est plus occupationnel et davantage associé à une idée de bien manger**.

[89] Site de l'Insee
http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-88238 [consulté le 07/07/2015]

3. Les activités physiques des personnes âgées

Il n'y aurait « *pas de grabataires à Hennezel* », les personnes âgées pratiquant une activité physique « *sans s'en rendre compte* ». Les personnes âgées sont toutes propriétaires ce qui demande un minimum d'entretien et donc de mobilité. Entretenir le jardin est la principale activité physique des personnes âgées sur la commune. En entretien, a été évoqué le fait que **les personnes âgées de la commune sont majoritairement « *autonomes* », qu'elles le sont davantage qu'en ville** où l'isolement est plus important et l'activité physique moins intense, ou en tout cas moins intégrée au quotidien des personnes. Pour les personnes interrogées, **l'activité physique passe par le lien social qui se doit d'être valorisée pour amener les seniors à pratiquer une activité physique et sportive**. Comme il l'a été souligné plus haut, une distinction a été opérée entre les jeunes retraités et les anciens. La commune souhaite **promouvoir des activités à destination des jeunes retraités pour qui cette phase de vie peut être anomique et conduire à l'isolement**. En effet, ces personnes, récemment sorties du monde du travail, ne se sentent pas « *assez vieux* » pour participer aux activités du club. Ces propos ont été repris par les seniors eux-mêmes.

Les enquêtés de la mairie de Hennezel ont opéré une distinction sur la mise en œuvre et la nature des activités pouvant être proposées aux différentes catégories de seniors :

- les personnes les plus âgées, pour qui les activités proposées doivent être légères, peuvent (doivent) s'organiser entre elles. C'est-à-dire que les activités doivent naître d'une volonté partagée par les personnes âgées afin qu'elles soient actrices de la dynamique. Quelques pistes ont été proposées, toutes basées sur les richesses naturelles du territoire (cueillette, promenade, etc.). Sur ce type de territoire, l'action doit être portée par les personnes elles-mêmes pour trouver un écho chez les pairs et dynamiser le lien social. Il faut que les personnes âgées soient force de proposition ;
- pour les jeunes retraités, les activités doivent être plus institutionnalisées et le portage par la commune est plus évident (proposition de cours de gym douce, yoga, etc.).

S'agissant des personnes âgées de Cerville, **l'activité principalement pratiquée est la marche, en groupe ou seul, sur la commune ou dans d'autres villes**. Aussi, **la commune a récemment amélioré les zones piétonnes et réintégré des commerces sur la commune pour inviter les populations à se déplacer** davantage et « *créer du lien social* » entre les habitants. Cela a eu pour effet d'améliorer la mobilité, mais la création de lien social entre les habitants reste, selon le groupe rencontré, plus complexe à mettre en œuvre. La difficulté réside dans le fait que les personnes âgées ne souhaitent pas s'investir sur la commune en portant des actions ou des projets puisque selon eux, la retraite est synonyme de liberté et d'absence de contraintes. Les individus s'inscriraient dans une logique individualiste laissant peu de place au sentiment d'appartenance à une communauté. **L'idée principalement avancée par le groupe de Cerville est de mettre en place des moments d'échange et d'activité autour des recommandations OMS pour la santé des seniors**. Cette approche permettrait de favoriser le lien social tout en informant les populations des bienfaits de la pratique d'une activité physique et sportive.

Nous allons désormais faire écho à ces descriptions en proposant une analyse du discours des personnes âgées rencontrées sur la commune de Cerville.

II. … par elles-mêmes

1. Avant-propos

L'analyse que nous proposons ici a été construite à partir des entretiens menés sur la commune de Cerville. Onze personnes ont été rencontrées et ont été questionnées sur leur rythme au quotidien, les activités qu'elles réalisaient pour se sentir bien, celles qu'elles réalisaient pour prendre soin de leur santé. A partir de ces entretiens, nous avons pu dresser quelques pistes d'analyse sur la manière dont les personnes de plus de 65 ans envisageaient la pratique d'une activité physique et sportive (APS). Nous n'avons pas catégorisé les personnes selon l'âge et suivant la répartition souvent usitée entre jeunes retraités et personnes vieillissantes pour deux raisons : le faible nombre d'entretiens ne nous permet pas de proposer de tendances plausibles ; et comme nous l'avons abordé plus haut, cette catégorisation demande d'être employée avec vigilance au vu des différentes facettes que peut prendre l'avancée en âge. Toutefois, il convient de remarquer que le processus de déprise semble être davantage engagé chez les deux femmes de plus de 80 ans.

Les individus rencontrés sont âgés de 65 ans à 84 ans. Ils sont tous en retraite. Nous avons rencontré sept femmes et quatre hommes. Au mois de juillet 2015, au début de la canicule, un courrier a été envoyé à toutes les personnes de plus de 65 ans du village pour les informer des réflexes à adopter en cas de grosse chaleur. A ce courrier était joint un document réalisé par l'ORSAS, présentant l'étude aux personnes. L'une des élues nous a ensuite dressé une liste des personnes pouvant être intéressées par notre démarche. Nous avons donc contacté les personnes, leur rappelant le courrier et leur précisant le soutien de l'élue à l'étude. Pour faciliter les rendez-vous, nous nous sommes rendus au domicile des personnes. Les entretiens ont en moyenne duré cinquante minutes. Les plus courts ont duré quarante minutes. Les personnes ont été accueillantes et n'ont posé aucune objection à aucune question.

2. La place de l'APS au quotidien

a. Une activité intégrée

Pour la plupart des personnes enquêtées, **l'APS n'est pas une activité en tant que telle mais le plus souvent, l'APS se confond avec les activités du quotidien** et celles qui sont sous-tendues par le fait d'avoir une maison et un jardin : « *dans une maison, il y a toujours des choses à faire* ». Paradoxalement, les habitants rencontrés à Cerville s'inscrivent davantage dans le mode décrit à Hennezel qui expliquait que les seniors de Hennezel pratiquaient une activité sans s'en rendre compte. L'équipe rencontrée à Cerville nous a par contre expliqué que les seniors de la commune étaient davantage tournés vers la ville, certainement vrai pour certains services mais sans pour autant délaisser l'entretien de la maison. Ces propos viennent conforter ceux des acteurs. **« *Faire le jardin* » et « *monter et descendre les escaliers* » ont été cités dans presque tous les entretiens comme des activités qui permettent de se maintenir en forme**. De même, **le fait « *de prendre l'air* » semble être un indicateur de bonne santé mentale**. Pour beaucoup**, sortir une fois par jour est important et est invoqué comme l'une des évidences que suppose la vie à la campagne**. La marche est donc une activité largement pratiquée par les personnes rencontrées.

Pour la plupart des personnes, le fait de s'occuper de la maison et du jardin, de conserver des activités au quotidien est une manière de s'entretenir et de prendre soin de sa santé – de même qu'une bonne alimentation, avec des produits du jardin. Très peu de personnes connaissaient et tenaient compte des recommandations de santé publique en matière d'APS des personnes âgées. La plupart cherche avant tout à pratiquer des activités qu'elles apprécient et qui leur sont adaptées : « *je fais à ma guise* » ou encore « *je fais oui mais je prends soin de moi quand il le faut, quand je suis fatiguée* ». Les recommandations apparaissent assez éloignées des modes de vie des personnes rencontrées : « *ça ne m'intéresse pas* », notamment **des plus âgées, qui se trouvent davantage dans une démarche d'écoute de ce qu'elles veulent / peuvent faire que dans la réponse à une préconisation extérieure**. Les personnes rencontrées ne s'inscrivent pas dans une démarche volontariste du *prendre soin de soi* mais se trouvent davantage dans une logique plus traditionnaliste où le fait même d'être actif dans son quotidien suffit à prendre soin de soi dans sa dimension de lutte contre l'apathie et l'engourdissement − à la différence des modes de vie plus moderne, où l'APS tient une place centrale et s'inscrit dans des logiques sociétales plus individualistes où l'épanouissement de soi passe en partie par l'entretien de son corps. Certaines personnes ont même évoqué le fait que l'activité physique « *était pour les autres, les inoccupés, les oisifs* ». ***Faire du sport*** **est ici perçu comme une contrainte alors que maintenir les activités du quotidien permet de se tenir en forme tant physiquement qu'intellectuellement**. D'après les propos recueillis, les médecins ne sont pas référents dans l'accompagnement vers une APS régulière mais sont plutôt soutien des personnes dans ce qu'elles font déjà et ce qu'elles sont en mesure de faire.

La définition par les seniors du terme de sédentarité illustre d'ailleurs ces propos : c'est un terme négatif, associé à « *l'attente de la mort* », le « *fauteuil* » et « *la télévision* ». C'est principalement l'isolement et l'apathie. Toutefois, **la sédentarité n'est pas à prendre en opposition avec le fait de pratiquer une activité physique et sportive mais plutôt de se sentir animé par la volonté de faire les choses**. Les personnes rencontrées ne veulent pas « *s'ankyloser* ». La plupart des personnes enquêtées regardent la télévision, souvent après le déjeuner, et le soir. Pour toutes, cette activité fait partie intégrante de leur quotidien. Il semblerait que ce ne soit pas le fait de regarder la télévision qui soit stigmatisée mais le fait de la regarder par dépit. En effet, il a pu être constaté durant les entretiens que la pratique d'une activité était souvent liée au moral des individus. Par exemple, une des enquêtées, suite à une grave maladie et à un deuil a commencé la pratique d'une activité physique en club pour se reconstruire suite à ces événements. Ici, c'est la prise en compte de son moral qui a entrainé la pratique d'une activité favorisant son mieux-être. **La notion de plaisir tient ici une place centrale dans le fait de conserver, ou non, une activité dans son quotidien**. Ce n'est pas tant l'activité en tant que telle qui est importante mais la conservation de l'envie et de la motivation de la réaliser. Une des femmes rencontrée a expliqué : « *avant je faisais les potirons, mais c'est trop lourd, alors maintenant je fais des potimarrons* ». Cette citation comporte deux informations étroitement liées : elle est l'illustration du processus de déprise présenté en première partie : les personnes âgées réaménagent leur quotidien selon leurs possibilités tout en conservant ce qui leur apporte du plaisir et qui garantit leur inscription dans le monde. **Il ne s'agit pas uniquement de conserver des activités pouvant être réalisées compte tenu de sa mobilité mais bien de conserver des activités qui ont un impact positif pour soi**. La question du sens donné par les individus à leurs activités est centrale dans le discours.

« *La santé vient en bougeant* » pour les enquêtés, elle est intégrée au quotidien, par les petits travaux qui permettent aux plus jeunes de se sentir actifs et pour les plus âgées en gardant une certaine estime de soi en continuant d'accomplir les actes du quotidien, marqueur d'un certain dynamisme.

b. Une activité prétexte : le lien avant tout

Certaines personnes, plus jeunes, pratiquent tout de même une activité physique, que ce soit dans le village – bien que l'ambiance et les commérages soient décrits comme pénibles – ou dans les communes aux alentours. Il s'avère que **la première raison invoquée de la pratique de cette activité est le lien social**. Et même si les bienfaits de l'activité sont reconnus en tant que tels, une activité peut être arrêtée si l'ambiance n'est pas conviviale et ne répond pas aux attentes de stimulation cognitive et affective des personnes. De même, lorsque l'échange abordait les activités à proposer sur la commune, plusieurs personnes ont davantage évoqué l'intérêt de rencontrer d'autres personnes que les bienfaits de l'activité en tant que telle. Ici, c'est le lien social qui est privilégié par les seniors que la pratique d'une APS. Ceci renforce **l'idée d'une approche globale de la personne âgée portée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement où l'APS s'intégrerait dans une approche plus large du *bien vieillir***.

Aussi, sans même la pratique d'une activité physique et sportive, les liens amicaux et familiaux ont été cités de nombreuses fois pour expliquer une activité : « *aller prendre le thé chez une voisine* », « *sortir en course avec ses enfants* » ou « *s'occuper des petits-enfants* » sont des activités citées comme permettant de rester actif au quotidien. L'aspect « lien social » a d'ailleurs été davantage cité par les femmes. On retrouve ici les propos décrits par Caradec sur **l'implication plus grande des femmes dans les relations à autrui. Pour certains, et notamment pour les hommes, s'engager dans la commune et garder une utilité sociale permet de rester en activité, et de ne pas rompre avec son statut passé**.

Nous avons également pu constater que des réseaux d'entraide informelle existaient entre personnes âgées. Il peut s'agir d'aides des plus jeunes retraités envers les plus âgés ou de visites et de soutien aux personnes très âgées par des plus jeunes. Cette forme de lien social pourrait être à valoriser notamment autour de la **réflexion menée sur les nouveaux aidants de proximité en reconnaissant le fait que les personnes âgées ne sont pas seulement des aidés, mais également des aidants**. Ici, c'est la solidarité et les opportunités d'engagement qu'il s'agirait de créer au sein des communes rurales.

c. En cas de maladie

Un autre cas a été abordé : celui de l'APS en cas de maladie, que ce soit à la suite d'un cancer ou dans le cas de diabète. Ici, l'APS est davantage conscientisée et les bienfaits sur le corps plus exprimés : on fait du sport *parce que* : « *ça entretient le système sanguin* » – à la différence des autres personnes pour qui l'APS s'intègre au quotidien et qui décrivent davantage leurs activités sous le proverbe « *un esprit sain dans un corps sain* », reflétant ainsi le lien entre le bien-être moral et les activités réalisées au quotidien. En cas de maladie, et de recommandation par un professionnel de santé, l'APS est appréhendée comme un poste autonome auquel on accorde du temps et qui bénéficie d'une place

dans le quotidien. Il est intéressant de noter qu'**une APS est plus facilement pratiquée lorsqu'elle est porteuse de sens pour les individus** – en cas de diabète par exemple − que lorsqu'elle est pratiquée uniquement pour pallier aux effets du vieillissement, sans raisons identifiées. L'APS en tant que telle est difficilement intégrée au quotidien, la preuve en est du faible usage des appareils sportifs d'intérieur. Par exemple, lors d'un entretien, il a été évoqué l'achat d'un rameur qui s'est avéré inutilisé par manque d'envie. Ce discours montre l'importance du sens à mettre derrière une activité : acheter un rameur ne suffit pas à pratiquer le rameur au quotidien.

III. … En milieu urbain : esquisse d'une comparaison

Nous avons également rencontré quatre personnes âgées résidant en ville afin de pouvoir appréhender la façon dont les seniors résidant en milieu urbain définissaient leur bien-être et la place qu'ils octroyaient à l'activité physique et sportive.

Nous avons mené un entretien collectif avec trois femmes et un homme âgés de 67 à 87 ans dans un foyer-club de Nancy.

De cet entretien, nous avons pu extraire quelques éléments qui viennent compléter et confirmer les propos détaillés dans ce document.

L'activité physique et sportive ne fait pas partie des préoccupations des personnes rencontrées. Aucune ne connait les recommandations en matière d'APS : « *c'est du blabla* ». Le médecin n'en délivre pas, il est davantage évoqué comme la figure rassurante, qui accompagne et qui soigne. L'APS n'a que très peu été évoquée si ce n'est sous notre impulsion. Pour les personnes rencontrées, l'important n'est pas de s'entretenir par l'APS mais plutôt de rester actif, en luttant contre la sédentarité : « *il faut sortir, moi je sors tous les jours* ». L'activité physique et sportive est davantage abordée pour le lien social qu'elle sous-tend. Dans les discours recueillis, **les activités de plaisir se confondent avec les actions pour prendre soin de soi**. Dans l'optique du *bien vieillir*, la nourriture semble être un poste plus important que l'APS. Elle a davantage été évoquée que ce soit dans le fait de bien se nourrir que de se préparer (ou de préparer les repas aux enfants et petits-enfants). Cela renvoie au plaisir de faire, en plus de la bonne nutrition.

Pour les seniors interviewés, les rencontres au foyer sont très importantes, « *ça fait plaisir* ». Dans cet entretien, l'activité physique a très peu été évoquée comme nécessaire au bien-être. Les liens sociaux et familiaux, le fait de sortir, prendre l'air sont des indicateurs d'un *bien vieillir* pour les personnes rencontrées. **Une vieillesse qui se passe mal c'est quand l'envie de faire disparait**. C'est le cas de l'une des enquêtées dont voici le portait : elle a 87 ans, elle vit seule dans une commune attenante de Nancy. Son appartement ne semble pas être adapté à son âge mais elle ne souhaite pas déménager ni même se faire aider pour faciliter son quotidien parce qu'elle n'a pas « *confiance* ». Elle semble habituée aux chutes. Elle se rend au foyer deux fois par semaine et conduit pour faire ses courses. Elle n'a pas d'enfants et très peu de famille. Lors de l'entretien, elle était triste. Malgré le fait qu'elle soit encore active (elle fait ses courses, se rend au foyer), il semblerait qu'elle n'ait plus *l'envie* de réaliser les actes du quotidien. Elle pourrait être l'illustration d'un vieillissement mal vécu et propice à l'isolement.

La transition du statut d'active à retraitée a été développée par deux des femmes présentes, l'une âgée de 87 ans, et l'autre de 79 ans. Elles évoquent le fait que la transition de l'emploi (ici du commerce et de l'Éducation Nationale) vers la retraite a été complexe : « *j'ai été* (au début) *malheureuse en retraite* ». Elles auraient préféré être accompagnées à ce moment-là. Pour la première, **au moment de la retraite, le fait de ne plus avoir d'obligations et dans un même temps beaucoup de liberté est anomique**. Pour la seconde, cette transition a également été perturbante. C'est l'envie de faire les choses qui l'a aidé et « *être ensemble, c'est important, les amis, le fait d'être entourée* ». Ce point souligne l'importance d'intervenir en amont du vieillissement pour accompagner les personnes de 50-60 ans, encore en emploi et de prévenir les phases anomiques que sous-tendent les débuts de la retraite[90].

Les seniors rencontrés considèrent que la vie est plus évidente en ville, « *c'est plus facile en ville* (…) *on peut faire plus de choses* ». Toutefois, elles ont tout de même évoqué le coût des activités proposées en milieu urbain.

Le quotidien semble moins rythmé que pour les personnes rencontrées à la campagne. L'ennui a plus facilement été abordé, tout comme l'isolement. Ce point serait à creuser avec d'autres entretiens mais il semblerait qu'à la campagne, on cultive davantage l'entre-soi qu'en ville, où les activités seraient davantage occupationnelles que porteuses de sens dans sa dimension structurante du quotidien (jardiner, cultiver les liens de voisinage, etc.).

[90] Bourdessol Hélène, Dupont Olivier, Pin Stéphanie, Signorini Élodie, Verheye Jean-Charles, Vincent Isabelle. *Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen*. 2011. INPES. 146 pages.

Conclusion

La catégorie « personnes âgées » recouvre des réalités variables, qui sous-tendent la mise en œuvre d'actions particulières. **Il s'agit de parler des personnes âgées et non pas de la personne âgée**. Et ces personnes âgées rencontreront des problématiques différentes qu'elles soient hommes, femmes, seules, vivant en milieu rural ou urbain, etc. Par exemple, en menant nos entretiens nous nous sommes aperçus que les questions de sécurité et de peur étaient présentes en milieu urbain selon les acteurs, quand elles n'ont pas été abordées en milieu rural. **La difficulté réside donc dans la manière de construire des réflexions / actions qui soient cohérentes avec les réalités des populations**. « Le vieillissement et sa représentation sociale sont les premières clés pour comprendre la façon dont la société française appréhende la « dépendance » et sa prise en charge »[91].

Ce travail a révélé **la complexité d'isoler l'activité physique et sportive des autres activités pratiquées par les personnes âgées rencontrées** – d'autant plus que cette préoccupation est relativement récente. En effet, nous nous sommes aperçus que l'avancée en âge était appréhendée de manière globale par les personnes rencontrées. Les recommandations vont dans le sens du maintien dans la santé, or **les personnes âgées pratiquent avant tout des activités pour des raisons de plaisir, de bien-être, de stimulation, de lien social et d'utilité**[92]. Parler « APS et santé » est alors apparu réducteur au vu des expériences relatées. Seules quelques personnes pratiquent une activité physique pour elle-même, dans le cas de maladie notamment. Dans tous les cas, **pratiquer une activité physique et sportive doit faire sens pour la personne dans son rapport au monde**. La mise en œuvre d'activités à destination des personnes âgées ne peut se penser sans prendre en compte ce qui fait sens pour les personnes et sans porter une attention particulière à ce qui relève de la « mobilité contextuelle », c'est-à-dire de la prise en compte non pas uniquement de la mobilité physique des personnes mais bien de leur mobilité cognitive (se projeter dans une action, entreprendre une action, faire, sens, pour soi, et dans un contexte donné)[93].

Aussi, il serait question d'élargir la représentation biomédicale du *bien vieillir* réduite au fonctionnel, à la santé et à l'autonomie pour proposer une approche centrée sur le plaisir et le *bien vivre*. Dans l'action menée par le CCAS, le terme *sport* n'est pas utilisé et les personnes interviewées privilégient une approche sociale où lien social et bien-être sont inhérents à toute action. Les personnes rencontrées en milieu rural valident d'ailleurs cette approche dans leurs activités, expliquant vouloir avant tout « *être ensemble* »[94].

[91] Société et vieillissement, rapport du groupe 1, page 10.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf [consulté le 29/12/2015]

[92] L'utilité prend ici le sens d'activité utile qui favorise le bien-être, comme la production de ses aliments. Et ce, à la différence de la ville, où les activités sont définies comme plus occupationnelles.

[93] Ramadier Thierry. L'accessibilité socio-cognitive. Mobilités spatiales et ressources métropolitaines : l'accessibilité en question / 11ème colloque du groupe de travail « Mobilités spatiales et fluidités sociales » de l'AISLF, Mars 2011, Grenoble, France. 12 p.
https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00626536/document [consulté le 18/02/2016]

[94] Un des aspects qui pourrait être soulevé ici est celui de la qualité des activités réalisées au quotidien qui n'a que très peu été abordé mais qui pourtant serait à étayer : la plupart des seniors rencontrée ne réalise plus les activités qu'ils considèrent trop compliquées pour eux mais peu d'échanges ont tourné autour des postures les plus ergonomiques pour réaliser les activités du quotidien.

Il va de soi que le vieillissement ne peut se penser sans la maladie et l'enjeu serait alors non pas de prévenir mais de compenser les freins liés aux maladies et de (re)créer les conditions favorables d'existence des personnes âgées. Par exemple, si la cuisine (préparation des repas et consommation) représente un poste de plaisir au quotidien pour une femme mais apparait de plus en plus risqué au vu de ses déficiences, la question serait de faire en sorte que cette femme puisse continuer à réaliser cette activité tout en limitant les risques : installer des plaques électriques plutôt qu'au gaz. Cette réflexion sous-tend un changement de regard de la société sur les personnes âgées puisque le regard porté sur cette catégorie contribue en partie à créer les fragilités ressenties par les personnes âgées : « les individus ayant une vision initiale négative du vieillissement sont et se déclarent être en moins bonne santé physique […], s'engagent moins dans des comportements de prévention (faire du sport, manger sainement, arrêter de fumer, etc.), développent plus de problèmes cardiovasculaires, présentent un déclin mnésique plus marqué […] comparativement à des individus du même âge ayant une perception davantage positive du vieillissement »[95]. Le *bien vieillir* (ou *bien vivre*) ne peut être qu'une question de fonctionnalité, de santé et d'autonomie. Cette approche du *bien vieillir* bicatégorise le vieillissement entre ceux qui vieillissent bien (qui sont actifs) et ceux qui vieillissent mal et qui de fait sont vieux et stigmatisés puisque vieillir apparait déviant face à l'hégémonisme des valeurs de jeunesse prôné dans les sociétés occidentales et l'évacuation de la mort de ses codes.
« L'identification entre vieillissement démographique, vieillesse et déclin, qui a marqué l'histoire intellectuelle de la démographie française, continue de peser sur les représentations sociales du vieillissement, liées à des attributs négatifs pour l'individu mais aussi à la collectivité »[96]. Nous l'avons vu, pour les plus jeunes enquêtés, **l'enjeu dans le fait de ne pas être sédentaire et de continuer à pratiquer des activités d'extérieur est « *de ne pas devenir un vieux* »**. Chez les plus jeunes retraités, cela se traduit aussi par l'organisation du quotidien calquée sur l'organisation de leur ancienne vie active et dans la continuité de leurs activités familiales. Ainsi, le vieillissement apparait comme contraire aux valeurs des sociétés modernes où les qualités de la jeunesse sont fortement idéalisées : action, beauté, utilité dans la sphère productive, etc.[97].

Cette négativité qui entoure le vieillissement rend la perte d'autonomie très peu anticipée par les populations puisque perçue comme un phénomène à éviter alors qu'elle est un processus faisant partie intégrante du parcours de vie des individus. Ce rejet empêche la projection et l'anticipation du vieillissement : « selon l'enquête d'opinion effectuée en 2009 à la demande de la direction générale de la cohésion sociale[98], le vieillissement de la population se place en dernier dans le classement des préoccupations des Français (derrière la pauvreté, le cancer, le chômage), alors que la plupart d'entre eux est déjà confrontée aujourd'hui à la prise en charge de la dépendance de leurs proches »[99]. La question se situerait dans **comment amener les personnes en vieillissement à**

[95] Adam Stéphane, Joubert Sven, Missotten Pierre, « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! », Revue de neuropsychologie. Volume 5. 2013 p. 4-8.
https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-1-page-4.htm [consulté le 18/02/2016]
[96] Société et vieillissement, rapport du groupe 1, page 14.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf [consulté le 29/12/2015]
[97] Société et vieillissement, rapport du groupe 1, page 14.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf [consulté le 29/12/2015]
[98] Cette enquête actualise l'enquête barométrique de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, réalisée chaque année de 2000 à 2005 (excepté en 2003).
[99] Société et vieillissement, rapport du groupe 1, page 16.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf [consulté le 29/12/2015]

considérer cette étape inéluctable de la vie et comment construire une catégorie qui ne porte pas en elle-même les stigmates de sa propre existence (âgisme, infantilisation, préjugés, etc.).

Aussi, dans les études menées auprès des personnes âgées sur les questions du *bien vieillir*, il serait central d'intégrer les notions de plaisir et de stimulation, qui dépassent assez largement les recommandations de santé publique. Selon l'Office Nancéien des Personnes Agées (ONPA), c'est quand les actions du quotidien se transforment en contrainte qu'il y a risque d'isolement pour les personnes âgées[100].

Il serait également question de faire la différence entre inactivité physique et sédentarité, termes souvent employés comme des synonymes, à tort. L'inactivité physique se définit comme une quantité insuffisante d'activité physique pour la santé alors que la sédentarité est un état d'éveil associé à une dépense énergétique très faible[101]. Ainsi, on peut être actif et sédentaire et ces deux notions représentent deux facteurs de risque bien distincts pour la santé. Selon les discours recueillis, **les seniors rencontrés ne sont pas sédentaires – et cela semble important – mais ne pratiquent pas tous et toutes pour autant une activité physique à part entière** (en termes de temps, et d'intensité). **La sédentarité pour les seniors se définit davantage à travers l'envie de faire les choses, plutôt qu'à la qualité et la quantité de leur réalisation**.

Peu de seniors à Cerville ont formulé des attentes auprès de la collectivité. Il est à noter **la satisfaction des nouvelles voiries qui permettent de circuler à pied**, plus aisément dans la commune. **L'ouverture d'un commerce de proximité (se rendre quotidiennement à la boulangerie) a été valorisée** puisqu'elle est une occasion de promenade pour les personnes. **Les seniors rencontrés semblent davantage attentifs au lien social plutôt qu'à l'activité physique et sportive bien que la plupart « *bouge au quotidien* » et réalise des activités à sa mesure**. Les seniors n'ont pas exprimé le besoin de s'adonner à une APS structurée par une instance extérieure mais **il a plus facilement été évoqué la volonté de se retrouver entre soi**, de créer les conditions d'engagement, par exemple des plus jeunes vers les plus âgés ou celle d'une solidarité entre les habitants.

A ce propos, les seniors de la commune de Hennezel n'ont pas accepté de nous rencontrer, préférant l'entre-soi et expliquant ne pas vouloir que les choses changent et ne souhaitant pas être dérangés. Cela évoque également la difficulté d'accéder au quotidien des personnes âgées et la nécessité de créer une relation de confiance avec ces dernières qui suppose un temps d'enquête bien plus long[102]. Aussi, ce point révèle la place que pourrait tenir une coordination dite horizontale où l'organisation des activités des seniors ne viendrait pas de l'extérieur mais ferait suite à la volonté des personnes âgées elles-mêmes. Bien sûr, ce mode de faire nécessite un pair ressource (comme à Hennezel où la présidente du club des anciens rassemble les seniors de la commune et entretient la mobilisation).

---

[100] Etude présentée lors de la journée d'échanges de pratiques organisée par Pôle Régional de Compétence le 8 décembre 2015 sur le thème « Vieillir au quotidien ».

[101] Guillodo Yannick et Carré François. « Sédentarité et inactivité physique, des urgences médicales ». *Le Monde : sciences et médecine*. N°22111, Février 2016. p 8.

[102] Dans sa thèse de médecine, le docteur Grumillier, aux pages 29,30 et 59, donne un aperçu des difficultés observées, des précautions et démarches qu'il faut suivre pour parvenir à contacter des personnes âgées et à réaliser un entretien semi-directif à leurs domiciles. La prise de contact se fait dans un premier temps par un intermédiaire, une connaissance des personnes âgées « *afin de créer un climat de confiance* ».
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_GRUMILLIER_MARC_ANTOINE.pdf[consulté [consulté le 15/02/2016]

Pour ce qui est de la coordination, élément premier de cette étude, nous avons rencontré des difficultés pour en saisir des exemples dans la littérature et également sur le terrain. La mise en œuvre d'une coordination au sens strict du terme autour de l'activité physique des seniors ne semble pas avoir de réalité concrète dans l'existant. Pour le CCAS de Nancy qui porte des APS à destination des seniors, la volonté est de ne pas se trouver dans « *quelque chose de lourd* ». Au même titre que le terme *sport* n'est pas employé auprès des seniors, le terme *coordination* ne semble pas être mobilisateur pour les acteurs. Toutefois, ce travail a révélé **l'importance d'un élan collectif des personnes âgées elles-mêmes dans la mise en œuvre et la réussite d'une action**. En effet, les actions proposées et déconnectées des attentes des seniors ne semblent pas s'inscrire dans le long terme. Dans cette logique, il est toujours question de **se centrer sur les attentes des seniors et de favoriser leur implication dans la mise en œuvre de projets autour du *bien vivre***.

Pistes de réflexion

De cette étude, deux orientations peuvent particulièrement être mises en avant :

- La première est qu'il semble important de mettre en œuvre une prévention qui s'attache à accompagner les personnes âgées de 50 à 60 ans à anticiper leur vieillissement au mieux, en transformant l'image négative de ce phénomène et en le réintégrant comme processus naturel. Il s'agirait de construire une information adaptée et de les accompagner dans l'aménagement mental et l'anticipation des années à venir qui sous-tendent forcément des réaménagements dus au vieillissement. Ce point permettrait de limiter les difficultés de franchissement d'étape entre le monde de l'emploi et celui de la retraite.
- La seconde serait d'accompagner le *bien vivre* des personnes âgées en milieu rural en soutenant leur choix et en favorisant les actions de plaisir d'une part et en améliorant les actions du quotidien d'autre part (savoir se baisser, etc.). Les seniors rencontrés ne se sentent pas concernés par les recommandations en matière d'APS et il s'agirait donc davantage de prendre en compte l'expérience et le contexte de vie des personnes pour compenser avec elles, les aléas liés au vieillissement. Ici, les actions s'inscriraient davantage dans une logique sociale que biomédicale.

Nous avons pu nous rendre compte de la connaissance fine que les équipes que nous avons rencontré dans les communes rurales avaient des seniors qui résidaient sur leur territoire. Cette connaissance est un point fort et mériterait d'être affinée pour connaitre au mieux les besoins et attentes des seniors en privilégiant des actions qui soient connectées aux modes de vie de ces derniers et en partageant ces informations avec des acteurs intervenant auprès des personnes âgées (services départementaux, services d'aides à la personne, soignants, etc.).

Préconisations

Afin de favoriser le bien-être des personnes âgées, voici les quelques pistes pouvant être proposées à la suite de cette étude.

- Développer des actions qui soient en accord avec les attentes des « nouveaux » seniors moins concernés par les repas des anciens ou les paniers des fêtes de fin d'année
- Anticiper et accompagner le passage actif / retraité pour éviter les pertes de repères dus au changement de statut et de mode de vie
- Accompagner le *bien vivre* des seniors plutôt que le *bien vieillir* : cela contribuera en partie à changer les représentations négatives qui entourent le vieillissement
- Favoriser la coordination horizontale et participative en privilégiant l'engagement des personnes âgées et inviter les seniors à construire leurs propres préconisations
- Inviter les collectivités à mieux connaitre leurs populations en développant des pratiques de diagnostic
- Inciter les communes à développer des aménagements adaptés et sécurisants pour faciliter les déplacements quotidiens des personnes âgées
- Favoriser la solidarité entre les personnes âgées en développant des actions qui les placent dans des postures « d'aidants » et non pas seulement « d'aidés »
- Intégrer l'activité physique et sportive dans une approche plus globale de la personne, en y associant les notions de lien social, plaisir et stimulation cognitive
- Mutualiser les biens et les moyens entre communes d'une même communauté de communes et/ou d'un même territoire de vie
- Soutenir et développer les activités du quotidien extérieures autour des jardins potagers, espaces verts et circuits d'excursion réfléchis.

Bibliographie indicative

Ouvrages et articles :

_ BAS Hélène. *Dispositifs de coordination pour la prise en charge des personnes âgées complexes. Comment aborder la complexité ?* Master 2, Université Paris Descartes, 2015, 120 p.
_ BERTRAND Alain. *Hyper-ruralité*. Rapport parlementaire, Juil. 2014, 74 p.
_ BLAIN Hubert, VUILLEMIN Anne, BLAIN Anaïs, JEANDEL Claude. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées. *La presse Médicale*. 2000, n°22, pp. 1240-1248.
_ Bourdessol Hélène, Dupont Olivier, Pin Stéphanie, Signorini Élodie, Verheye Jean-Charles, Vincent Isabelle. *Les sessions de préparation à la retraite. Un enjeu citoyen*. 2011. INPES. 146 pages.
_ CARADEC, Vincent. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*. 2009, n°157, pp. 38-45.
_ CARADEC Vincent. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin. Paris, 2012, 127 p.
_ Drees. L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées. *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 71, déc. 2015, 24 p.
_ DURKHEIM Emile. *De la division du travail social*. Presses Universitaires de France. 2004. 416 p.
_ FRINAULT Thomas. La dépendance : une construction sociale de la vieillesse en débat. *ADSP*. 2006, n°56, pp. 61-63.
_ Guillodo Yannick et Carré François. « Sédentarité et inactivité physique, des urgences médicales ». *Le Monde : sciences et médecine*. N°22111, Février 2016. p 8.
_ INPES. *Les comportements de santé des 55-85 ans*. 2014, 189 p.
_ INPES. *Actions collectives – bien vieillir*. 2014, 107 p.
_INPES. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique*. 2013, 110 pages.
_ HARDY Laurence. La vieillesse n'est qu'un mot. *Dépendance, Handicap, Vieillesse*. 2009, pp. 6-8.
_ Petiau Michaël. *Pratiques et territoires sportifs des personnes âgées dans la plaine du Roussillon*. Presses Universitaires de Perpignan. 2006. Pp 151-167.

Liens Internet :

_ Adam Stéphane, Joubert Sven, Missotten Pierre. « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! », Revue de neuropsychologie. Volume 5. 2013 p. 4-8. https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-1-page-4.htm [consulté le 18/02/2016]
_ Assureurs prévention. *Pratique de l'activité physique et sportive : comment faire bouger les français* [en ligne]. Septembre 2013. Disponible sur http://www.assureurs-prevention.fr/sites/upload/docs/application/pdf/2013-09/dossier_de_presse_activite_physique_2013_ap_web.pdf [consulté le 19/02/2015]
_ Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle http://www.ted.meurthe-et-moselle.fr/fr/tedibus-transport-a-la-demande/grand-couronne.html [consulté le 27/08/2015]
_ DRAAF Lorraine – SRISE. *Rapport d'étude sur les espaces ruraux en Lorraine* [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL306/rural.pdf [consulté le 02/03/2015]

_ Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR). *Typologie des espaces ruraux* [En ligne]. http://www.datar.gouv.fr/typologie-des-espaces-ruraux [consulté le 26/02/2015]
_ Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés, décembre 2013, 39 pages. http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf [consulté le 09/06/2015]
_ Encyclopédie de l'Agora [en ligne]. http://agora.qc.ca/dossiers/Ruralite [consulté le 23/02/2015]
_ Fondation de France. *Sport et santé en milieu rural* [en ligne]. http://www.fondationdefrance.org/Nos-Aides/Vous-etes-un-organisme/Solidarite-avec-les-personnes-vulnerables/En-France/Maladie/Sport-sante/Sport-et-sante-en-milieu-rural [consulté le 19/02/2015]
_ IMBERT Geneviève. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Mars 2010. n°102. http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RSI_102_0023 [consulté le 10/02/2015]
_ INSEE. Définitions et méthodes [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm [consulté le 23/02/2015]
_ Inserm. *Activités physique. Contextes et effets sur la santé* [en ligne]. www.inserm.fr/content/.../activite_physique_contextes_effets_santé.pdf [consulté le 26/02/2015]
_ Organisation Mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* [en ligne]. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/ [consulté le 09/02/2015]
_ OMS. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* [en ligne]. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/ [consulté le 09/02/2015]
_ OMS. *L'activité physique des personnes âgées* [en ligne]. Disponible sur http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/ [consulté le 24/02/2015]
_ ONPA :
http://www.onpa.fr/ [consulté le 09/02/2016]
_ Pourtau Lionel, sociologue - direction de la recherche clinique de l'Institut de cancérologie Gustave Roussy, *De la démocratie sanitaire*, conférence, 20 avril 2015.
https://www.youtube.com/watch?v=6d1DxoWsVVY [consulté le 14 janvier 2016]
_ Société et vieillissement, rapport du groupe 1, page 10.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf [consulté le 29/12/2015]
_ Soins Gérontologie. *L'activité physique de 55 à 75 ans, analyse* [en ligne]. Mai/juin 2012. Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/bien-vieillir/pdf/soins-gerontologie.pdf [Consulté le 05/03/2015]

Annexes

I. Eléments de définition/INSEE[103]

1. *Commune rural*

Une commune rurale est une commune n'appartenant pas à une unité urbaine. Les autres communes sont dites urbaines.

2. *Unité urbaine*

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.
Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale.
Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

3. *Communes périurbaines*

Les communes périurbaines sont les communes des couronnes périurbaines et les communes multipolarisées.

4. *Communes multipolarisées*

Les « communes multipolarisées des grandes aires urbaines » sont les communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.
Les « autres communes multipolarisées » sont les communes situées hors des grandes aires urbaines, des moyennes aires, des petites aires, hors des communes multipolarisées des grandes aires urbaines dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

5. *Couronnes périurbaines*

La couronne recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain.

[103] INSEE. Définitions et méthodes [en ligne].
http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions [Consulté le 26/02/2015]

Ce sont des communes ou unités urbaines, dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans le pôle ou dans les communes attirées par celui-ci.

II. Equivalent métabolique (MET) des activités physiques et sportives[104]

Tableau 26.III : Équivalent métabolique (MET) des activités physiques communes classées selon leur intensité (faible, modérée ou intense) (d'après Haskell et coll., 2007)

Faible < 3,0 METs	Modérée 3,0-6,0 METs	Intense > 6,0 METs
Marche : Marche lente autour du domicile, au supermarché ou au bureau = 2,0*	**Marche :** Marche (3 mph) = 3,3* Marche à un rythme rapide (4 mph) = 5,0*	**Marche, jogging, course :** Marche à un rythme très rapide (4,5 mph) = 6,3* Marche/randonnée à un rythme modéré avec ou non charge légère (< 10 lb) = 7,0 Randonnée de niveau élevé et charge de 10-42 lb = 7,5-9,0 Jogging à 5 mph = 8,0* Jogging à 6 mph = 10,0* Course à 7 mph = 11,5*
Tâches domestiques et courantes : Position assise – utilisation de l'ordinateur et d'outils légers = 1,5 Faire des travaux légers en position debout tels que faire le lit, faire la vaisselle, repasser, préparer le repas ou ranger les courses = 2,0-2,5	Nettoyage important : laver les vitres, la voiture, le garage = 3,0 Brosser les sols ou le tapis, passer l'aspirateur, essuyer = 3,0-3,5 Menuiserie – général = 3,6 Porter et ranger le bois = 5,5 Tondre la pelouse – Passer la tondeuse = 5,5	Pelleter du sable, du charbon, etc = 7 Porter de lourdes charges telles que des briques = 7,5 Lourds travaux des champs tels que faire les foins = 8 Pelleter, creuser des fossés = 8,5
Activités de loisir et sports Activités artistiques et manuelles, jouer aux cartes = 1,5 Jouer au billard = 2,5 Faire du canotage = 2,5 Jeu de croquet = 2,5 Jeu de fléchettes = 2,5 Pêcher – Assis = 2,5 Jouer de la plupart des instruments de musique = 2,0-2,5	Badminton de loisir = 4,5 Basketball – Déplacement rapide = 4,5 Vélo d'appartement à petite vitesse (10-12 mph) = 6,0 Danse – lente = 3,0 Danse – rapide = 4,5 Pêcher tout en marchant sur la rive = 4,0 Golf – Marcher en traînant les clubs = 4,3 Bateau à voile, surf = 3,0 Nage de loisir = 6,0 Tennis de table = 4,0 Tennis en doubles = 5,0 Volleyball – Hors compétition = 3,0-4,0	Partie de basketball = 8,0 Faire du vélo d'appartement : effort modéré (12-14 mph) = 8,0 ; rapide (14-16 mph) = 10 Ski de fond – lent (2,5 mph) = 7,0 ; rapide (5,0-7,9 mph) = 9,0 Football amateur = 7,0 ; compétition = 10,0 Natation – modérée/forte = 8-11** Tennis simples = 8,0 Volleyball – compétitif en salle ou plage = 8,0

[104] Inserm. *Activités physique. Contextes et effets sur la santé* [en ligne]. www.inserm.fr/content/.../activite_physique_contextes_effets_santé.pdf [consulté le 26/02/2015]

III. Note de diffusion auprès des personnes âgées de Cerville

Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales

A Vandœuvre-lès-Nancy, le 30 juin 2015

Objet : participation à une étude sur le bien-être des personnes de 60 ans et plus

Madame, Monsieur,

En partenariat avec la mairie de Cerville, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales (Orsas-Lorraine) mènent une **enquête sur la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus**. L'objectif est double : il consiste à connaître le niveau de bien-être des populations et faire émerger les besoins des habitants sur la commune. L'enquête est anonyme et gratuite. Il s'agit de réaliser un entretien d'environ **30 à 45 minutes sur la période juillet-août 2015** avec un chargé d'étude de l'ORSAS-Lorraine.

L'Orsas-Lorraine et la mairie de Cerville pourront vous donner plus de détails sur cette étude. Si vous souhaitez y participer et apporter votre contribution, vous pouvez contacter Marjorie Michel, chargée d'étude à l'Orsas-Lorraine au 06.73.91.30.18 ou 03.83.67.68.69.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Marjorie Michel
Chargée d'étude

IV. Tableau des leviers et freins au bien vivre après 65 ans

D'après l'analyse des entretiens menés, nous avons pu constater que le sens tenait une place centrale dans la réalisation des activités au quotidien : telle activité est faite pour telle raison (se nourrir, se faire plaisir, se stimuler, etc.). C'est lorsque les activités n'ont plus de sens que l'isolement intervient. Voici un tableau récapitulatif des leviers et freins évoqués par les personnes rencontrées qui favorisent ou au contraire limitent leur bien-être au quotidien.

Dynamiques favorables au bien vivre après 65 ans	**Entraves au bien vivre après 65 ans**
- le milieu rural : être en extérieur, au grand air - le jardinage / plus généralement la maison - les relations de voisinage - la solidarité familiale - les commerces de proximité - l'utilité sociale - les équipements / lieu de sociabilité - le soutien du médecin - l'alimentation saine - le maintien des activités de plaisir - la conservation de l'envie / de la motivation - la stimulation cognitive / l'entretien des capacités intellectuelles - la rénovation des voieries	- le déni de vieillissement - l'isolement familial - l'absence de commerces - les croyances sociales : « *le sport c'est pour les oisifs* » - la mauvaise ambiance du village / les cancans - l'hiver - les pollutions agricoles / le manque d'information sur les périodes d'épandage - les représentations négatives de la vieillesse - la maladie - la tristesse

La question de la mobilité, conduire ou non un véhicule, est apparue comme un levier pour certain.e.s mais très peu comme un frein par les enquêté.e.s. Ce point est intéressant puisque la mobilité est un axe assez largement privilégié par les collectivités territoriales alors qu'elle est souvent un prétexte du côté des seniors à d'autres freins, moins facilement identifiables par les acteurs[105]. De même, l'aspect financier dans la pratique d'une APS n'a été évoqué qu'une seule fois comme frein en milieu rural alors qu'il a été mis en avant par les membres du CCAS de Nancy et les seniors rencontrés en milieu urbain.

[105] Propos recueillis lors d'un entretien mené avec un médecin d'une structure de gestion des dépistages en Lorraine.