



HAL
open science

Les habits neufs du “ vieillissement en bonne santé ” : activité et environnement

Thibauld Moulaert

► **To cite this version:**

Thibauld Moulaert. Les habits neufs du “ vieillissement en bonne santé ” : activité et environnement. *Gérontologie et Société*, 2018, 40 (156), pp.19-34. 10.3917/gsl.156.0019 . hal-01900233v2

HAL Id: hal-01900233

<https://hal.science/hal-01900233v2>

Submitted on 3 Nov 2022

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

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

Titre abrégé : Habits neufs du « vieillissement en bonne santé »

Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : activité et environnement

Thibauld MOULAERT

Maître de Conférences en sociologie, Pacte – Laboratoire de sciences sociales (UMR CNRS 5194), Université Grenoble Alpes

Resumé - *Cet article retrace la genèse du référentiel international d'action publique « Healthy ageing / vieillissement en bonne santé » dans les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Venant remplacer celui du « active ageing/vieillissement actif » dans le dernier Rapport mondial sur le vieillissement et la santé de 2015 de l'OMS (publié en français l'année suivante : OMS, 2016), ce « vieillissement en bonne santé » prend distance avec la seule promotion de l'activité physique focalisée sur l'individu par l'action sur le lifestyle, approche initiale du « vieillissement en bonne santé » dès 1996. Nous appuyant sur le concept de biolégitimité défini par Didier Fassin (1998, p. 40) comme « la manière dont les problèmes sociaux trouvent, non pas leur solution, mais leur expression la plus autorisée dans le langage de la santé publique », nous soutenons la thèse selon laquelle l'OMS promeut aujourd'hui une extension sanitaire des domaines du vivant en matière de vieillissement en s'appuyant sur la notion large d'environnement, sans pour autant abandonner celle d'activité. Pour cela, l'OMS déplace son attention des capacités fonctionnelles (intrinsèques) de l'individu au soutien des « aptitudes fonctionnelles ». Ainsi, l'activité physique, si elle n'est pas effacée, devient un facteur de potentialité parmi d'autres afin de permettre aux personnes âgées d'« être et [de] réaliser ce qu'elles ont des raisons de valoriser ».*

Mots clés - Vieillissement en bonne santé, vieillissement actif, Organisation Mondiale de la Santé, Environnement, Référentiel d'action publique, Biolégitimité.

Abstract - The new clothes of “healthy ageing”: activity and environment

This article presents the genesis of the international frames of public action “healthy ageing” from the World Health Organization (WHO). Replacing the “active ageing” frame of action in the last World Report on Aging and Health from 2015, this “healthy ageing” took its distance with the original focused promotion of physical activity based on the lifestyle as defined in a first definition of “healthy ageing” as early as 1996. Based on the concept of “biollegitimacy” defined by Didier Fassin (1998, p. 40) as “*the way according to which social problems are, not their solution, but the most authoritative expression in the language of public health*”, we support the thesis that WHO now promotes a the extension of health in ageing in the field of living through the broad concept of environment, without abandoning the notion of activity. For so doing, WHO moves his attention from (intrinsic) functional capacity of the individual in to “functional abilities”. Thus, physical activity, if not disappeared, becomes only one factor of potentiality among others to allow older people to “be and to realize what they have reasons to value”.

Keywords - Healthy ageing, Active ageing, World Health Organization, Environment, Public frame of action, Biollegitimacy.

1. « Vieillir en bonne santé », un référentiel international

Pourquoi, dans le cadre d'un dossier sur les relations entre « activité physique » et « vieillissement », s'intéresser, comme cet article le propose, à la production discursive et cognitive internationale qui relierait ces deux termes ?

La première raison consiste à faire l'hypothèse que s'il existe des relations similaires entre ces notions dans plusieurs configurations nationales (telles qu'exposées dans les articles de ce dossier), alors il est possible d'identifier des foyers originaux qui inspirent ces représentations ou ces référentiels d'action publique (Muller, 2010). Ainsi, la promotion de l'activité physique au plan international, portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), fait partie des sources d'une politique nationale de promotion du « bien vieillir » via les Plans Nationaux Nutrition Santé en France à partir de 2001 (Collinet et Delalandre, 2017). Elle peut aussi servir de base pour voir apparaître de nouveaux acteurs, promoteurs et porteurs d'actions en faveur de l'activité physique et sportive à destination des plus âgés (l'exemple de Siel bleu dans ce dossier montre bien comment cette association s'est développée en relayant les discours européens de promotion de la santé).

La deuxième raison se situe au niveau de la production de la connaissance en matière de vieillissement. En effet, cet article invite à apporter plus de nuance aux travaux critiques qui, comme certains travaux de sociologie francophone ou de *critical gerontology*, pointent, de manière générale, une forme d'injonction à s'activer contenue dans des notions tel le « bien vieillir » (Puijalon et Trincaz, 2014), le « vieillissement réussi » ou « *successful ageing* » (Hummel, 2005), le « vieillissement actif » ou « *active ageing* », appliqué dans le domaine de l'emploi (Kaeser et Roch, 2015 ; Moulaert et Biggs, 2013 ; Ranzijn, 2010) ou dans le soutien aux activités de loisirs des seniors (Marhankova, 2011). L'ensemble de ces approches trouve un écho ou s'appuie explicitement sur une matrice critique développée à partir d'une perspective foucauldienne. C'est sans doute Stephen Katz qui l'a le mieux résumée en décrivant la promotion de l'activité comme le noyau dur du discours gérontologique (Katz, 2000), le savoir gérontologique devenant alors un outil de pouvoir pour la disciplinarisation des corps vieillissants (Katz, 1996). Concevoir aujourd'hui le sujet vieillissant dans ses pratiques sportives comme un consommateur (Gilleard et Higgs, 2000), comme un individu appelé à agir et transformer, par lui-même, ses modes de vie (*lifestyle*) (Katz, 2005), c'est décrire des formes de subjectivation comme « conduite des conduites » à travers la « conduite de soi » (Dean, 1999). La « gouvernementalité » (Foucault, 1994) permet de penser simultanément le gouvernement des corps et le gouvernement des populations, la *critical gerontology* poursuivant, comme d'autres, les principes d'une gestion des populations à l'ère libérale (Donzelot, 2005; Rose, 1999).

Néanmoins, en se focalisant sur la régulation des populations, Didier Fassin constate que Michel Foucault aurait négligé, au cœur même de ce « gouvernement des corps », le « gouvernement de la vie ». C'est alors l'oscillation entre la « zoé » (vie physique de l'être vivant, celle de l'humain comme de l'animal) et la « bios » (vie inscrite dans un espace social) que Didier Fassin invite à explorer, entre « *la vie nue et la vie sociale* » (Fassin, 2006, p. 39). Selon nous, c'est exactement cette tension qui se joue aujourd'hui au cœur du « vieillissement en bonne santé » pour l'OMS ; c'est exactement cette tension qui permet de comprendre le soutien actuel de l'OMS aux « environnements » de manière complexe et globalisée plutôt qu' à « l'activité physique » à travers l'incitation à adopter des comportements de vie actif (*lifestyle*) ; c'est encore cette tension qui permet de comprendre les initiatives de « recherche participative » « avec » plutôt que « sur » des aînés (Buffel,

2015 ; Houioux et Moulaert, 2017¹) et leur soutien par l'OMS (OMS, 2016, p. 252). En d'autres termes, à partir de l'étude de cinq textes clés de l'OMS en faveur du « vieillissement en bonne santé » ou du « vieillissement actif », cet article entend montrer comment l'OMS a transformé de 1996 à 2015 sa manière de relier, dans sa promotion d'une politique de santé publique du vieillissement, le triptyque « *activité (physique mais pas seulement), individu biologique et individu social* ».

La troisième raison qui justifie l'étude du référentiel du « vieillissement en bonne santé » au sein de l'OMS anticipe déjà sur la dernière articulation que propose l'OMS pour ce triptyque. En effet, la valorisation de « l'environnement », notion que l'OMS s'est efforcée de clarifier dans son dernier rapport de 2015, apparaît heuristique pour confirmer la « *désécialisation du traitement de la vieillesse au niveau local* » (Argoud, 2014b, p. 55) et l'émergence « d'acteurs improbables » (Gucher *et al*, 2015, pp. 1–4) à côté des « acteurs traditionnels » de l'intervention publique gérontologique. Il se pourrait même que l'acteur le plus improbable soit la personne vieillissante, « l'ainé » au cœur des pratiques « villes amies des aînés » de l'OMS.

2. Méthodologie

Le matériau de recherche mobilisé est constitué de trois types de sources. D'une part, il s'appuie sur un ensemble de cinq rapports produits par l'OMS (bureaux centraux²) depuis la fin des années 1990 à propos du vieillissement. La focalisation sur cette seule organisation de l'espace internationale se justifie parce qu'elle a développé, à partir de sa spécialisation sur les questions de santé au sein de l'Organisation des Nations Unies, une réflexion particulière sur l'avancée en âge, quand d'autres acteurs internationaux comme la Commission Européenne, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques ou encore la Banque Mondiale ont privilégié une vision en faveur d'un « vieillissement actif productif » (Kaeser et Roch, 2015 ; Moulaert et Biggs, 2013). D'autre part, il s'appuie sur trois entretiens avec les responsables de l'OMS qui ont dirigé l'écriture d'une partie de ces rapports (Alexandre Kalache, John Beard et Alana Officer). Enfin, un troisième matériau plus qualitatif provient de notre observation participante et réflexive à des démarches « villes amies des aînés » depuis 2012. Il concerne l'installation des bancs dans l'espace public et sera présenté en conclusion.

Méthodologiquement, il ne s'agit donc pas de présupposer que la promotion de la santé publique par l'OMS transforme effectivement les conduites des individus. Il s'agit plutôt de s'interroger, avec Didier Fassin, sur la « biolégitimité » des référentiels de l'OMS comprise comme « *la manière dont les problèmes sociaux trouvent, non pas leur solution, mais leur expression la plus autorisée dans le langage de la santé publique* » (Fassin, 1998, p. 40).

¹ On pourrait associer la démarche expérimentale mise en œuvre par Dominique Argoud (2014a) avec des intervenants sociaux ardéchois ; cependant, l'auteur ne trace pas de lien entre sa méthode et les développements internationaux en direction de cette « co-recherche ».

² Nous ne reprenons pas les documents des bureaux régionaux de l'OMS, même si les rapports que nous analysons peuvent s'en inspirer. Par exemple, au sein du bureau européen (Copenhague), des travaux ont porté, dès 2012, sur les rapports entre « vieillissement actif et en santé ». S'inspirant et encourageant les « villes en santé », ce rapport ne cite pourtant pas le travail de l'OMS sur les « villes amies des aînés » (Comité Régional de l'Europe, 2012, Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020, Malte, OMS Europe).

3. Quand l'OMS s'active : de l'activité physique à l'environnement

Organe chargé des questions de santé au sein de l'OMS s'intéresse au vieillissement dans un souci de promouvoir certaines orientations en matière de santé. Trois temps peuvent être dégagés sur la période 1996-2015 durant laquelle s'entrecroisent deux termes : le « vieillissement en bonne santé » et le « vieillissement actif ».

3.1. 1995-1999 : Promouvoir l'activité physique pour un « vieillissement en bonne santé »

Jusqu'à dans les années 1990, il ne semble pas exister de consensus national ou international pour s'assurer des bienfaits de l'activité physique chez les personnes âgées : celle-ci est décriée et vient en contradiction avec une logique générale de prévention et de limitation du déclin (Henaff-Pineau, 2009). Si les relations entre activité physique et santé des personnes âgées restent des questions en débat (Collinet et Delalandre, 2017), on peut néanmoins considérer que l'OMS a tenté de sceller un premier consensus sur le sujet à partir du milieu des années 1990. S'appuyant sur l'hypothèse d'une « compression de la morbidité » (Fries, 1980), soit le report vers les toutes dernières années de la vie du déclin biologique (sénescence), l'OMS reprend l'explication de James Fries en termes de « plasticité du vieillissement » (Fries, 1980, p. 134) pour soutenir que cette compression peut être repoussée grâce à des pratiques de maintien de la santé (contrôle du poids et exercice physique).

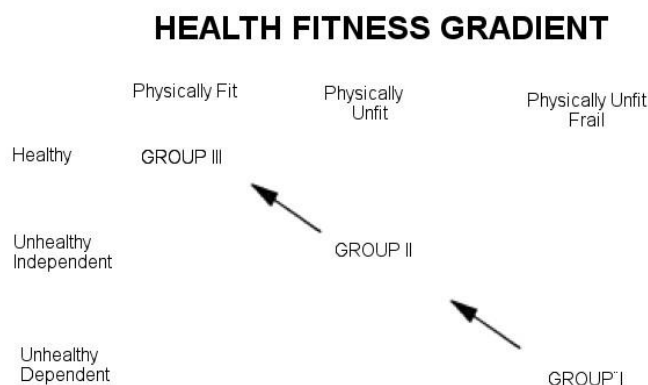
C'est précisément dans cette « plasticité du vieillissement » que va pouvoir s'ancrer une nouvelle approche du vieillissement à l'OMS portée par Alexandre Kalache. Ce médecin de santé publique, brésilien, s'est formé puis a enseigné à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* dans les années 1980-90. Dès cette époque, il entretient des relations de travail avec l'OMS, en effectuant différentes missions d'expertise.

Travaillant sur les pays en développement où les systèmes de Sécurité sociale sont inexistantes et où les formes classiques de contrôle des populations (régulation des naissances) ne fonctionnent pas, Alexandre Kalache envisage le rôle que l'épidémiologie et la santé publique peuvent jouer pour opérationnaliser cette « plasticité du vieillissement » (Kalache, 2016 ; Lassen, 2014, pp. 165–168). Promouvant cette approche en fondant en 1984 et en dirigeant jusqu'au 1995 l'Unité d'Épidémiologie du Vieillissement à Londres, il l'exporte à l'OMS quand il y devient « directeur du programme sur le vieillissement » en 1996. Dès son arrivée, il en change la vision (de « la vieillesse » au « vieillissement ») et s'inspire de la Charte d'Ottawa de 1986 en faveur de la « promotion de la santé » pour insuffler, progressivement, une vision du vieillissement qui tient compte des parcours de vie (rompant l'approche de la « vieillesse » comme un groupe homogène de personnes âgées datant des années 1950 à l'OMS) et des contextes sociaux-économique à l'échelle mondiale.

Conscient que sa perspective est risquée, il va chercher des moyens pour stabiliser sa vision. Au sein de l'OMS, il décide de collaborer avec des chercheurs en activité physique, des ONG des pays développés et en voie de développement et des professionnels de la santé publique. De leurs échanges, vont paraître en 1996, les « *Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons — Guidelines series for healthy ageing I* » (WHO, 1996). En effet, Alexandre Kalache voit dans la promotion de programmes d'activité

physique un moyen d'agir sur les comportements (*lifestyles*) des personnes âgées, les bénéfiques étant jugés tant sur un plan personnel que sociétal (graphique 1).

Graphique 1 : Le gradient santé/fitness



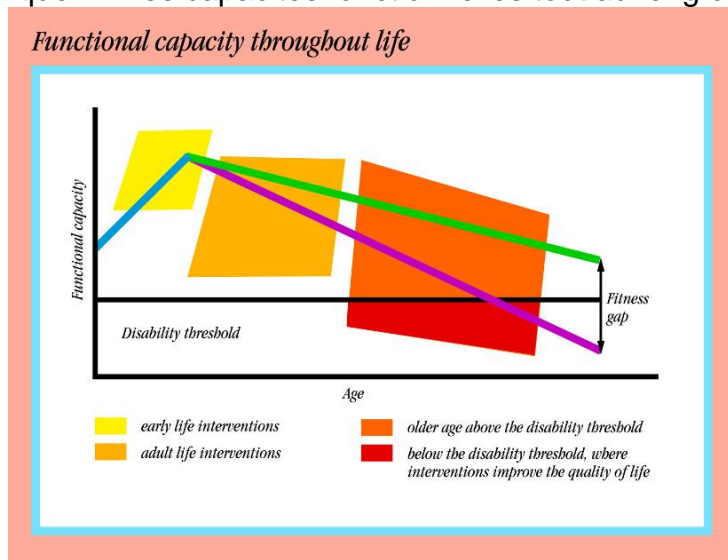
En 1998, un autre rapport de l'OMS s'intéresse à l'activité physique (WHO, 1998). Ici, l'activité physique devient une partie intégrante du « vieillissement en bonne santé », d'un vieillissement défini comme processus « *integral, natural part of life* » ; il renvoie à des éléments propres à l'individu, intrinsèque (« *genetic makeup* ») et extrinsèque (« *what we have done during our lives* ») (WHO, 1998, p. 1). Nous avons ainsi une première affirmation de la relation entre la « *zoé* » et la « *bios* ». À cette époque, c'est essentiellement sur les facteurs externes que l'OMS propose d'agir pour organiser cette « plasticité du vieillissement ». Pour cela, elle définit la dimension « fonctionnelle » de la santé en situant l'individu au cœur du processus : « *Functional status can be defined as a person's ability to perform the activities necessary to ensure well-being. It is often conceptualized as the integration of three domains of function : biological, psychological (cognitive and affective), and social* » (WHO, 1998, p. 2). Prenant appui sur l'exemple de la marche, comme cas de l'activité physique, le rapport insiste sur son intégration au quotidien : « *The most crucial issue is the extent to which physical activity can be incorporated into ageing people's lifestyle* » (WHO, 1998, p. 10).³

3.2. 1999-2007 : Le « vieillissement actif » ou l'extension maximale de l'activité

Annonçant le rapport majeur de 2002, un premier texte de l'OMS de 1999 donne un sens « simplifié » des « capacités fonctionnelles » tout au long du cycle de vie (voir Graphique 2).

³ Si l'activité physique (et sportive) perd de son importance à l'OMS à partir de 1999, cet attrait pour les relations entre activités physiques et personnes âgées ne s'estompe pas partout. Aux États-Unis, promue au départ par la santé publique (Hooker *et al.*, 2005), l'activité se déplace vers la promotion du *fitness* et est à la base d'une véritable industrie qui peut compter sur l'*anti-ageing medicine* et sur des réseaux de diffusion spécifiques comme l'*International Council on Active Aging*.

Graphique 2 : Les capacités fonctionnelles tout au long de la vie



Comme l'a montré Aske Juul Lassen (Lassen et Moreira, 2014), cette représentation entre en résonance avec une vision ternaire classique des « stades de la vie » ; l'OMS soutient le *fitness gap* comme moyen d'éviter le déclin. Plutôt que de ne considérer que l'individu, l'OMS distingue deux types d'acteurs : « l'individu » et « les politiques de santé ». Le premier opère des « *lifestyle choices for active ageing* », les secondes visent à maintenir le « *maximum health and activity in later life* ». Cette fois, l'OMS propose une multitude de mesures tout au long du parcours de vie et seulement une partie d'entre elles vise explicitement l'activité physique (Illustration 1).

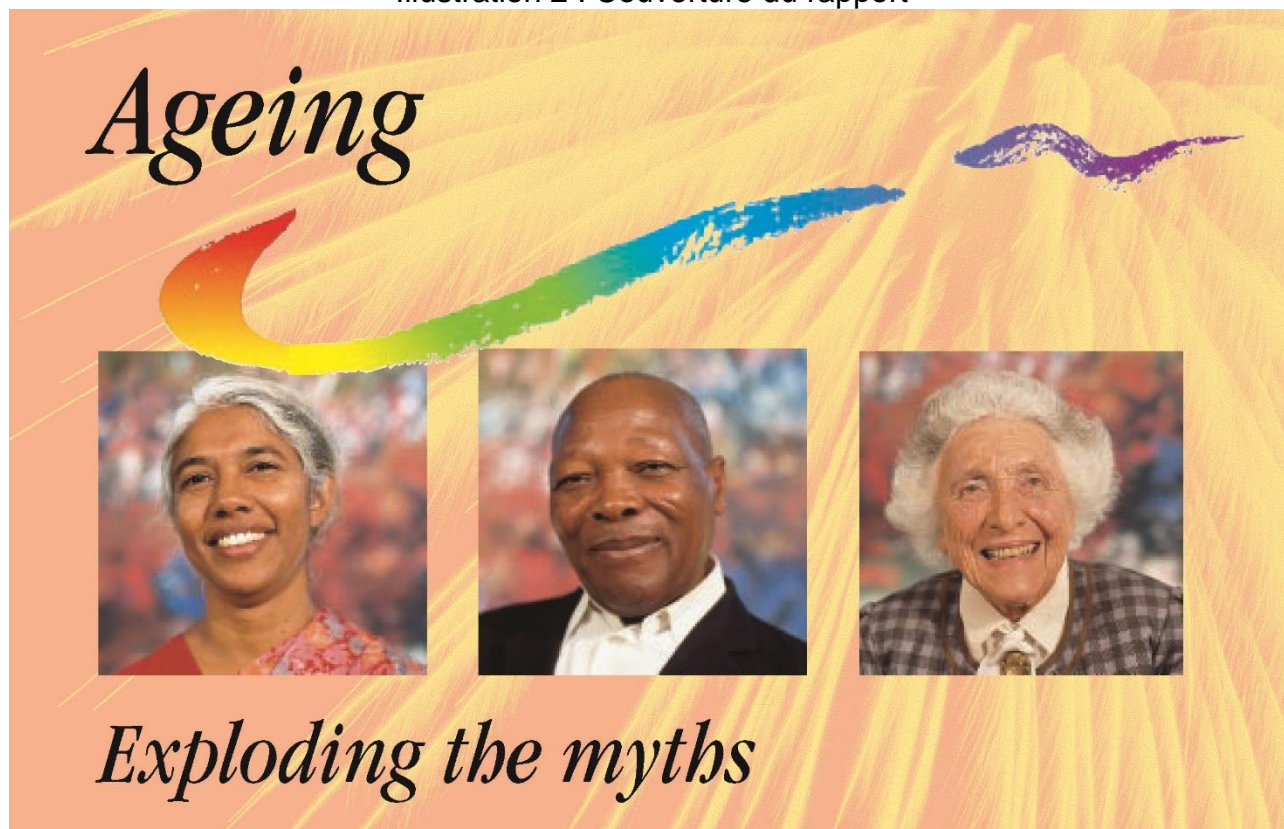
Illustration 1 : Actions en faveur du « vieillissement actif » (extrait)

Action towards Active Ageing

<i>Factors</i>	<i>Individual action</i>	<i>Policy action</i>
Physical activity	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exercise regularly from the earliest years through to older ages; walking, climbing stairs, and housework are effective forms of exercise! 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incorporate exercise into school curricula ▶ Create workplaces which provide exercise facilities ▶ Encourage sports for seniors

Si la promotion de l'activité physique semble sortir des discours de légitimation de l'OMS (tandis qu'elle se développe par exemple aux États-Unis), l'Année internationale des personnes âgées de l'Organisation des Nations Unies de 1999, un espace de légitimation fort pour proposer une vision plus « positive » du vieillissement (Moulaert et Viriot Durandal, 2013) et qui s'adresserait bel et bien à l'ensemble du monde et non aux seuls pays économiquement développés comme en témoignent les photos de la couverture du document (voir l'illustration 2).

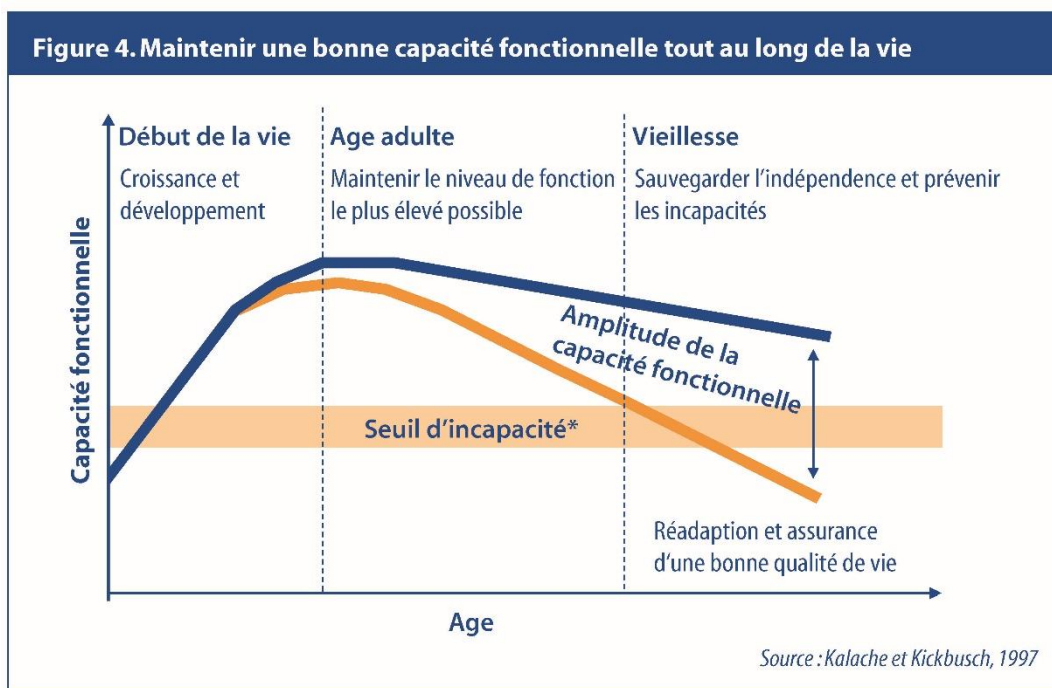
Illustration 2 : Couverture du rapport



Fruit d'un vaste processus de consultation international, le rapport de l'OMS « *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation* » (OMS, 2002) devient quant à lui un véritable totem gérontologique. Rapport très fréquemment cité dans la littérature anglo-saxonne, il propose d'étirer au maximum la notion « d'activité » et prend explicitement distance avec la notion de « vieillissement en bonne santé ». Ainsi, « *l'expression 'vieillir en restant actif' entend transmettre un message plus complet que « vieillir en bonne santé » et rendre compte des facteurs qui, en plus des soins de santé, influent sur la manière dont vieillissent les individus et les populations* » (OMS, 2002, p. 13).

Pour autant, les activités physiques ne disparaissent pas du rapport. Par contre, comme l'emploi, elles semblent mises de côté, le « *terme actif désignant une implication constante dans les activités économiques, sociales, spirituelles, culturelles et citoyennes et non pas uniquement l'aptitude à la seule activité physique ou à l'emploi* » (OMS, 2002, p. 12). Dorénavant, c'est « l'amplitude de « la capacité fonctionnelle » qui remplace le *fitness gap* en tant que levier d'action. Comme on le voit, le Graphique 3 reprend et précise le Graphique 2. Sous le graphique, on note que l'activité physique devient un facteur, parmi d'autres, pour agir sur cette capacité fonctionnelle. On note enfin que cette « capacité fonctionnelle » reste éminemment intrinsèque à l'individu.

Graphique 3 : Le maintien de la capacité fonctionnelle



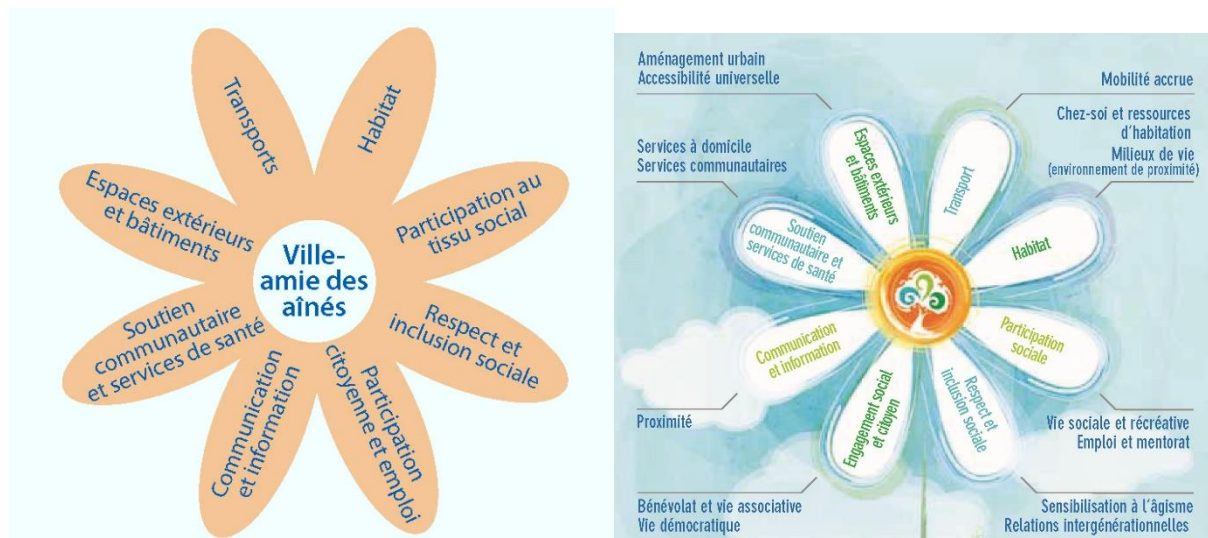
Bref, l'approche très large que l'OMS propose de donner à l'activité s'accompagne d'une moindre attention à l'activité physique et réduisant, *a priori*, l'approche en termes de santé au profit de la « participation sociale ». C'est sans doute l'un des facteurs qui illustre l'évolution vers la troisième étape de l'OMS.

La notion de santé manquait en fait, même si elle était dans les 3 piliers du « vieillissement actif » [aux côtés de la « sécurité » et de la « participation »]. On devait écrire un rapport qui allait être lu et compris par les principaux stakeholders, c'est-à-dire les États et les Ministères de santé. (Entretien avec Alana Officer, 23 juin 2016).

C'est aussi une des raisons qui explique un nouveau « coup stratégique » d'Alexandre Kalache. En 2005, alors qu'il est invité au Congrès Mondial de l'Association Internationale de Gérontologie et Gériatrie, il propose de s'appuyer sur ce cadre de 2002 et de l'appliquer à un autre phénomène globalisé, l'urbanisation mondiale croissante. L'histoire du « Protocole de Vancouver » est connue dans la littérature gérontologique, histoire qui va réunir des chercheurs dans 34 villes à travers le monde autour de méthodes consultatives d'aînés (plus de 1500 aînés sont interviewés) et d'une approche intersectorielle du vieillissement. En effet, huit domaines sont explorés avec ces aînés (Graphique 4) : trois facteurs concernent l'environnement physique (les espaces extérieurs et les bâtiments publics, les transports et le logement) ; trois facteurs concernent l'environnement social et la culture (le respect et l'inclusion sociale, la participation sociale et la participation citoyenne) ; les deux derniers facteurs concernent la communication et l'information ainsi que le soutien communautaire et les services de santé. S'ils sont parfois conçus comme des « déterminants sociaux de la santé », leurs représentations graphiques, véritables condensés du référentiel du vieillissement actif pour l'OMS, suggèrent plutôt que l'idée de santé s'est effacée. L'OMS précise simplement que « le rythme de ce déclin [de la capacité fonctionnelle] est en grande partie fonction de facteurs liés au mode de vie, et de facteurs sociaux, environnementaux et économiques extérieurs » (OMS, 2007, p.6). En réalité, ce document de 2007 annonce l'extension de la santé à de nombreux domaines sociaux en tentant de réancrer la « zoé » (via la consultation des aînés) dans la « bios ». Pour autant,

en raison de son rattachement au « vieillissement actif » (plutôt qu'au « vieillissement en bonne santé »), cette extension de la biolégitimité ne peut s'affirmer pleinement.

Graphique 4 : Comparaison des représentations des 8 domaines d'action par l'OMS et le Québec



3.3. Depuis 2015 : Des capacités aux aptitudes fonctionnelles pour « vieillir en bonne santé »

Alexandre Kalache quitte l'OMS en 2008, juste après avoir lancé un rapport sur les personnes âgées et les situations naturelles de crise (Kalache, 2016, p. 76). Son remplaçant, John Beard, va, dans un premier temps, poursuivre les travaux engagés, notamment dans le soutien au développement d'un « Réseau mondial des villes amies des aînés ».

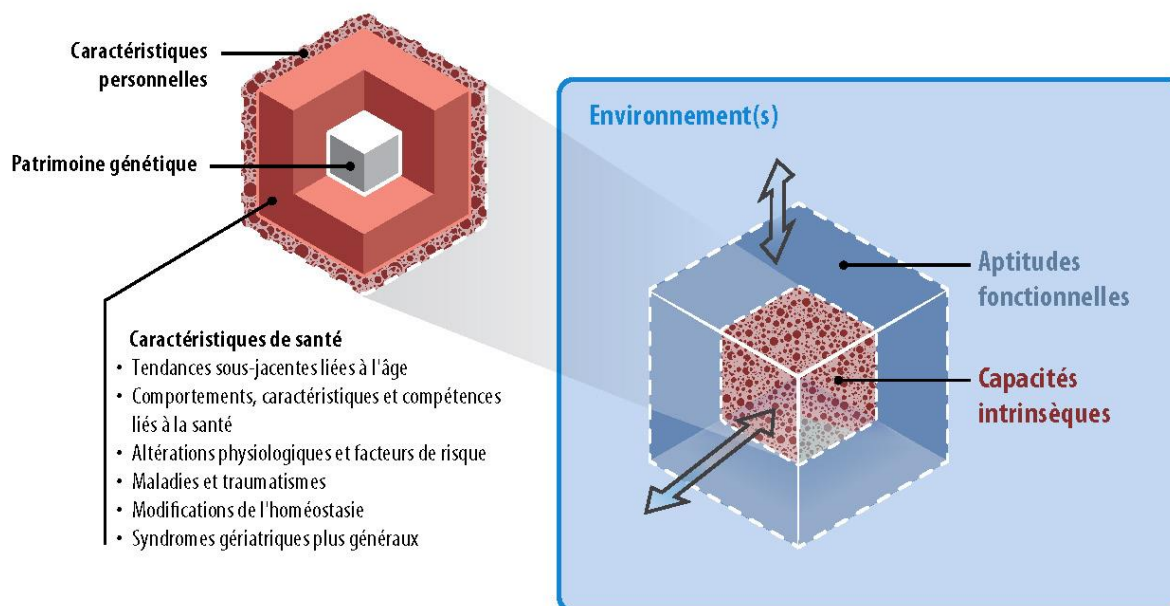
Cependant, avec John Beard, l'OMS transforme progressivement mais radicalement la biolégitimité du vieillir en déplaçant le curseur du « vieillissement actif » au « vieillissement en santé » (OMS, 2016). Nous dégageons trois caractéristiques qui fondent la nouvelle biolégitimité que se donne l'OMS face au vieillissement : 1) une absorption du « vieillissement actif » dans le « vieillissement en bonne santé » qui met en avant les institutions classiques de santé, 2) une place centrale aux « aptitudes fonctionnelles » qui vont elles-mêmes dépendre de « l'environnement », et enfin 3) un appui général sur la connaissance.

Absorbant le « vieillissement actif » (« nous proposons une approche à deux voies en matière de stratégie politique, qui mette l'accent sur la nécessité de 1) Vieillir en bonne santé, et 2) tout en restant actif » (OMS, 2017, p.7)), l'OMS remet au centre de sa promotion de la santé les institutions classiques en matière de gestion du vieillissement. La structure du rapport illustre ainsi les rôles à jouer pour les « systèmes de santé » (viser des systèmes

intégrés⁴ et adaptés et modulés selon les capacités intrinsèques de la personne) et les « systèmes de soins de longue durée ». L'extrait d'entretien d'Alana Officer déjà cité explicite cette décision. Ainsi, le « rapport définit le "Vieillissement en bonne santé" comme étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être » (OMS, 2016, p.33).

Surtout, c'est dans la manière de « faire tenir » ensemble la « zoé » et la « bio » que le Rapport mondial sur le vieillissement et la santé (2016) se distingue afin de répondre aux quatre objectifs qu'il se fixe (« s'adapter à la diversité, réduire les inégalités, permettre le choix, vieillir chez soi », ceci dans une logique de « respect des droits » et une conscience des inégalités sociales) : il construit une conception du « vieillissement en bonne santé » (voir l'illustration 3) qui relie les « capacités intrinsèques » de l'individu (patrimoine génétique, source première d'inégalité, et composante sociale) avec des « aptitudes fonctionnelles » qui vont certes varier en fonction de ces capacités, mais surtout en fonction de l'environnement.

Illustration 3 : Vieillir en bonne santé



Cette approche est directement inspirée, par l'expérience d'Alana Officer, (« Je me suis inspirée de mon background de 20 années dans le secteur du handicap, notamment à l'OMS, où il y avait la même volonté de travailler de manière intersectorielle et où les acteurs trouvaient aussi cela très compliqué »), de la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF). Quant à l'environnement, il est défini de façon très large et « englobe l'ensemble des facteurs du monde externe qui constitue le contexte dans lequel vit un individu. Celui-ci inclut – du niveau micro au niveau macro – le foyer, les communautés et la société en général. Au sein de ces environnements, il existe une série de facteurs, y compris l'environnement bâti, les individus et leurs relations, les

⁴ L'exemple du Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA), au Québec, est cité parmi les « données probantes ».

attitudes et les valeurs, la santé et les politiques sociales, les systèmes qui les produisent, et les services qu'ils mettent en œuvre » (OMS, 2016, p. 33).

Enfin, l'OMS « applique » cette prise en compte de l'environnement dans le sixième chapitre de son rapport en faveur d'un « monde ami des aînés ». Plus longue partie du rapport (environ ¼ du document), celui-ci présente les différentes mesures envisageables (à partir d'exemples concrets récoltés sur toute la planète) pour soutenir différentes « capacités » : « *satisfaire les besoins fondamentaux (sécurité financière, logement adéquat, sécurité personnelle) ; apprendre, s'épanouir et prendre des décisions ; se déplacer ; développer et entretenir des relations ; apporter sa contribution* » (OMS, 2016, pp. 179-218). Si elle s'inscrit explicitement dans la lignée des expériences « villes amies des aînés » développées depuis le rapport de 2007, l'OMS n'en précise pas moins que leur but doit consister à « améliorer les aptitudes fonctionnelles ».

La dernière caractéristique de cette nouvelle biolégitimité est le poids croissant de la connaissance, des « *evidence-based* »⁵.

Aujourd'hui, à l'OMS, on ne pourrait plus faire un rapport comme en 2002, c'est impossible de publier quelque chose comme ça. Il faut avoir une bonne base en termes de recherche (Entretien avec Alana Officer).

D'une part, l'OMS s'appuie sur différents concepts. Par exemple, le concept « d'ajustement personne-environnement » (développé par Norah Keating à partir de cas ruraux : Keating et al., 2013) qui prend, notamment, en considération « *la nature dynamique et interactive de la relation entre les personnes âgées et l'environnement dans lequel elles vivent* » (OMS, 2016, p. 35). Ensuite les concepts de résilience et de capacités (Amartya Sen et Martha Nussbaum), servent aussi d'inspiration dans une approche très pragmatique plutôt qu'académique. Les capacités en particulier permettent de relier les « environnements » et les actions que les individus « ont des raisons de valoriser » (formule récurrente dans le rapport) précisément à travers les « capacités fonctionnelles ».

On met en avant la relation entre un individu et son environnement et on parle plutôt des capacités pour faire ce que les personnes âgées ont envie de faire. C'est une vraie différence. [...] Après, c'est la responsabilité des États de mettre en place les services, les systèmes (de santé), pour arriver à ce type d'expériences. Contrairement à 1996, ce n'est pas imposer des choses, mais ouvrir les opportunités. Par exemple, si on prend ces activités (physiques et sportives), on encouragera un environnement qui facilite plus qu'il ne pousse (Alana Officer).

Nous ne parlons pas de contrôle, mais de liberté. Et ce n'est pas qu'une question individuelle, c'est aussi à la community et au gouvernement de créer une nouvelle manière d'agir, tout en étant sûr que leurs actions sont basées sur des données probantes et non pas sur des stéréotypes discriminants (John Beard).

Au final, l'activité physique, avec la nutrition, reste bien identifiée comme un moyen d'influencer les capacités intrinsèques des individus vieillissants. Elle se retrouve à de nombreux endroits dans le rapport, par exemple comme soutien à la mobilité (OMS, 2016, p. 204).

⁵ Le paradoxe étant que plus l'OMS s'appuie sur de la connaissance, plus elle insiste sur la nécessité de nouvelles connaissances car les résultats ne sont/seront pas nécessairement en lien avec sa vision. Le nombre de pages des rapports est ainsi passé de 12 (en 1996) à 59 (en 2002) et à 246 (en 2015).

Conclusion : Vers une expansion du domaine de la santé au vieillissement ?

Nous avons débuté ce texte en proposant l'hypothèse selon laquelle derrière le passage du « vieillissement actif » au « vieillissement en santé » au cœur de la machine à produire de la santé publique à l'échelle mondiale qu'est l'OMS, c'est l'oscillation entre la « zoé » (vie physique de l'être vivant, celle de l'humain comme de l'animal) et la « bios » (vie inscrite dans un espace social) qui se joue (Fassin, 2006).

En effet, promouvoir des « environnements » qui soient « amis des aînés » traduit, pour l'OMS, non plus la seule promotion de l'activité physique et l'injonction à agir sur le style de vie et les comportements individuels, mais au contraire une volonté de faire jouer un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux en direction de la santé. L'activité physique, l'aménagement urbain, le développement des politiques de santé vers des soins intégrés, le soutien aux soins de longue durée ou encore le soutien au domicile, toutes ces actions devraient, dans cette biolégitimité, augmenter les « capacités fonctionnelles » pour que les « *personnes âgées puissent être et réaliser ce qu'elles ont des raisons de valoriser* » (OMS, 2016, p. 247).

Cela permet de comprendre toute l'attention que porte l'OMS aux formes innovantes de « co-recherche » (Buffel, 2015 ; Houioux et Moulaert, 2017) qui développent un processus de recherche avec des aînés (depuis la formulation des questionnements sur un quartier, jusqu'aux méthodes d'entretien et à leur analyse). Ainsi, la portée heuristique de ces démarches pourrait être là où on ne l'attend pas : certes, il ne s'agit pas de faire comme si les personnes âgées étaient équivalentes aux chercheurs, de croire que le domaine du « savoir » serait dissout, à la manière d'une solution chimique, dans le domaine du « vécu », de « l'expérience ». Au contraire, c'est faire l'hypothèse qu'en se croisant, ces domaines peuvent se rapprocher de la « zoé » sans effacer la « bios ». À Mons nous avons pu constater que l'influence de la santé des aînés co-chercheurs avait certes diminué les objectifs de recherche (moins d'entretiens réalisés), mais que cela avait surtout fait prendre conscience à tous les acteurs impliqués (élus, agents administratifs, aînés, chercheurs) du sens que pouvait prendre la fragilité liée à l'âge. Un autre exemple, paradigmatique des démarches « villes amies des aînés » de notre point de vue, concerne l'installation des bancs. Ceux-ci vont en effet assurer des sorties du domicile, à tout le moins potentielles. Là encore, tout l'intérêt est d'observer l'interaction qui s'y joue : si les agents administratifs dirigent, le banc aura un design, des accoudoirs, une hauteur particulière. Il permettra, à des frais finalement relatifs pour la communauté, de « voir » que ses élus « font » quelque chose pour les aînés (et le reste de la population⁶ qui peut, lui aussi, s'asseoir). Surtout, il s'agit de savoir si oui (et comment) les aînés ont été consultés pour connaître leurs visions, attentes, usages possibles, etc., de ces bancs. Et pourront-ils utiliser ces bancs pour flâner ou ne rien faire ? Ne serait-ce pas là le moyen de respecter, dans une lecture par les capacités, des actions que « les personnes ont des raisons de valoriser » ?

⁶ Figure de solidarité vers les aînés, le banc individualisé par ses accoudoirs peut aussi, volontairement ou non, être conçu « contre » l'usage couché : on parle alors de bancs « anti-SDF ».

Références

- Argoud, D. (2014a). « *Je vieillis, tu vieillis, nous vieillissons...* » : *Retour sur une méthodologie d'intervention*. Communication orale, Les usages de la sociologie des politiques sociales, Centre Georges Chevrier (Université de Bourgogne - CNRS) et Réseau RT6 de l'Association Française de Sociologie, MSH Dijon, 2 et 3 octobre. Repéré à : https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1289/files/2014/09/Argoud_Je-vieillis-tu-vieillis-nous-vieillissons..._Retour-sur-une-m%C3%A9thodologie-d-intervention_S3.pdf consulté le 22 décembre 2017.
- Argoud, D. (2014b). Les politiques gérontologiques locales : la difficile constitution d'un espace autonome entre territorialisation et recentralisation. Dans C. Hummel, I. Mallon, et V. Caradec (dir.), *Vieillesse et vieillissements : regards sociologiques* (pp. 49–60). Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.
- Buffel, T. (2015). *Researching Age-Friendly Communities. Stories from Older People as Co-Investigators*. Manchester, Royaume Uni: The University of Manchester Library: Repéré à : <http://hummedia.manchester.ac.uk/schools/sooss/brochures/Age-Friendly-Booklet.pdf> consulté le 22 décembre 2017.
- Collinet, C. et Delalandre, M. (2017). Recommendations Concerning the Use of Physical Exercise to Improve the Wellbeing of Older People in France. Dans Loffeier, I., Majerus, B., et Moulaert, T. (dir.), *Framing Age: Contested Knowledge in Science and Politics* (pp. 45–59). Abingdon, Oxon & New York, NY: Routledge.
- Dean, M. (1999). *Governmentality : power and rule in modern society*. Londre, Royaume Uni ; Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Donzelot, J. (2005). Michel Foucault et l'intelligence du libéralisme. *Esprit*, (319), 60–81 Repéré à : <http://www.esprit.presse.fr/article/donzelot-jacques/michel-foucault-et-l-intelligence-du-liberalisme-13410> consulté le 22 décembre 2017.
- Équipe de recherche Municipalités Amies des Aînés (MADA) Québec, & Carrefour action municipale et famille. (2013). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés*. Québec, Canada : Secrétariat aux aînés.
- Fassin, D. (1998). Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de santé publique. Dans Fassin, D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique* (pp. 7–46). Paris, France : La Découverte.
- Fassin, D. (2006). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et Sociétés*, 38(2), 35–48. <http://dx.doi.org/10.7202/016371ar>
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, vol. III 1976-1979*. Paris, France : Gallimard, NRF.
- Fries, J. E. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135. <https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304>
- Gilleard, C. et Higgs, P. (2000). *Cultures of ageing. Self, Citizen and the Body*. London, Royaume Uni : Prentice Hall.
- Gucher, C., Guillaud, E., Mollier, A. et Mansanti, D. (2015). *Retraite et vieillissement : intervention publique et action sociale*. Paris, France : Dunod.
- Henaff-Pineau, P.-C. (2009). Vieillesse et pratiques sportives : entre modération et intensification. *Lien Social et Politiques*, 62, 71–83. <https://doi.org/10.7202/039315ar>
- Hooker, S. P., Seavey, W., Weidmer, C. E., Harvey, D. J., Stewart, A. L., Gillis, D. E., Nicholl, K. E. et King, A. C. (2005). The California active aging community grant program: translating science into practice to promote physical activity in older adults. *Annals of*

Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 29(3), 155–165. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2903_1

- Houioux, G. et Moulaert, T. (2017). “Pour et par les aînés” : une méthode participative au service de l’entraide entre aînés. L’exemple de Mons “ville amie des aînés.” Dans A. Vandenhooft, S. Carbonnelle, T. Eggerickx, V. Flohimont, et S. Perelman, (dir.), *Vieillesse et entraide : Quelles méthodes pour décrire et en mesurer les enjeux ?* (pp. 275–300). Namur, Belgique : Presses Universitaires de Namur.
- Hummel, C. (2005). La portée sociale de la théorie du vieillissement réussi : un problème retour à la responsabilité individuelle. Dans J.-F. Guillaume (dir.), *Aventuriers solitaires en quête d’utopie. Les formes contemporaines de l’engagement* (pp. 51–61). Liège, Belgique: Éditions de l’Université de Liège.
- Kaesler, L. et Roch, P.-A. (2015). Le vieillissement actif : élaboration, légitimation et tentatives de diffusion d’un référentiel transversal en Europe. *Critique internationale*, (68), 145–169. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-critique-internationale-2015-3-p-145.htm> consulté le 22 décembre 2017.
- Kalache, A. (2016). Active Ageing and Age-Friendly Cities—A Personal Account. Dans T. Moulaert et S. Garon (dir.), *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison* (pp. 65–77). New York, NY : Springer.
- Katz, S. (1996). *Disciplining old age: The formation of gerontological knowledge*. Charlottesville, Virg. and London: The University Press of Virginia.
- Katz, S. (2000). Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 135–152. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(00\)80008-0](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(00)80008-0)
- Katz, S. (2005). *Cultural ageing: life course, lifestyle, and senior worlds*. Peterborough, Canada: Broadview Press.
- Keating, N., Eales, J. et Phillips, J. E. (2013). Age-Friendly Rural Communities: Conceptualizing “Best-Fit.” *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillesse*, 32(4), 319–332: Repéré à : <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillesse/article/agefriendly-rural-communities-conceptualizing-bestfit/0A13633AACF22B212DBED0C7D1F203CD> consulté le 22 décembre 2017.
- Lassen, A. J. (2014). *Active ageing and the unmaking of old age: The knowledge productions, everyday practices and policies of the good late life*. Copenhagen, Danemark: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen.
- Lassen, A. J. et Moreira, T. (2014). Unmaking old age: political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.03.004>
- Marhankova, J. H. (2011). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(1), 5–32. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.11615>
- Moulaert, T. et Biggs, S. (2013). International and European policy on work and retirement: Reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity. *Human Relations*, 66(1), 23–43. <https://doi.org/10.1177/0018726711435180>

- Moulaert, T. et Viriot-Durandal, J.-P. (2013). De la notion au référentiel international de politique publique. Le savant, l'expert et le politique dans la construction du vieillissement actif. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44(1), 11–31. Repéré à : <http://journals.openedition.org/r1a/904> consulté le 22 décembre 2017.
- Muller, P. (2010). Référentiel. Dans L. Boussaguet, S. Jacquot, et P. Ravinet, (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 555–562). Paris, France : Presses de Sciences Po.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation : contribution de l'OMS à la 2e Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement*. Genève, Suisse : OMS. Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf consulté le 22 décembre 2017.
- OMS. (2007). *Guide Mondial des Villes-amies des Aînés*. Genève, Suisse : OMS: Repéré à : http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf consulté le 22 décembre 2017.
- OMS. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève, Suisse : OMS: Repéré à : <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr> consulté le 22 décembre 2017.
- Puijalon, B. et Trincaz, J. (2014). L'injonction normative au « bien vieillir ». Dans C. Hummel, I. Mallon, et V. Caradec, (dir.), *Viellisses et vieillissements : regards sociologiques* (pp. 61–72). Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.
- Ranzijn, R. (2010). Active Ageing-Another Way to Oppress Marginalized and Disadvantaged Elders? Aboriginal Elders as a Case Study. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 716–723. <https://doi.org/10.1177/1359105310368181>
- Rose, N. S. (1999). *Governing the soul. The shaping of the private self*. London, Royaume Uni; New York, NY: Free Association Books.
- World Health Organization (WHO). (1996). *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons — Guidelines series for healthy ageing I*. Geneva, Suisse: WHO: Repéré à : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/108545> consulté le 22 décembre 2017.
- WHO. (1998). *Growing Older - Staying Well Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva, Suisse: WHO: Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65230/1/WHO_HPR_AHE_98.1.pdf consulté le 22 décembre 2017.
- WHO. (1999). *Ageing. Exploding the Myths*. Geneva, Suisse: WHO: http://www.who.int/ageing/publications/exploding_myths/en/ consulté le 22 décembre 2017.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva, Suisse : WHO: Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 consulté le 22 décembre 2017.

Email auteur : thibauld.moulaert@umrpacte.fr