Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ?

Brigitte Hallier-Nader

▶ **To cite this version:**

Brigitte Hallier-Nader. Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ?. Histoire. Université Paris-Est, 2011. Français. NNT : 2011PEST1141 . tel-00693313

HAL Id: tel-00693313
https://theses.hal.science/tel-00693313

Submitted on 2 May 2012

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.

UNIVERSITÉ PARIS-EST

ÉCOLE DOCTORALE

« VILLE, TRANSPORTS ET TERRITOIRES »

THÈSE DE DOCTORAT

GÉOGRAPHIE

LES TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS. QUEL ENVIRONNEMENT URBAIN POUR UNE QUALITÉ DE VIE DURABLE ?

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2011, à Créteil,

par Brigitte HALLIER-NADER

COMPOSITION DU JURY

M. Jacques BONNET, Professeur Université Jean Moulin, Lyon 3 (Rapporteur)

M. Thierry CONSTANS, Professeur Université, Médecine Interne Gériatrie, CHU de Tours (Rapporteur)

Mme Férial DROSSO, Professeur Institut d'Urbanisme de Paris, Université Paris-Est (Examinateur)

M. Dominique ARGOUD, Maître de Conférences, Université Paris-Est (Examinateur)

Mme Lucette BARTHELEMY, Chargée de mission, INPES (Examinateur)

Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE, Professeur Université Paris-Est, (Directeur de Thèse)

À mes parents

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement et chaleureusement Madame Jeanne-Marie Amat-Roze pour son soutien, sa disponibilité et ses encouragements essentiels durant ces cinq années.

Je témoignage toute ma gratitude à Monsieur Bernard Delaveau, Proviseur adjoint du Lycée Rabelais de Meudon qui m'a permis de mener de front l'enseignement et la recherche, et Messieurs Claude Shafer et Alain Harvet, Proviseurs du lycée Rabelais pour leur soutien. Mes remerciements vont également à Madame Danièle Cotinat, IPR d'Histoire-Géographie de l'académie de Versailles pour ses chaleureux encouragements.

Je remercie également toutes les personnes rencontrées durant l'enquête, et bien entendu « mes aînés » qui se sont prêtés avec tant de bonne volonté à mes insidieuses questions et ont contribué de manière si précieuse à ce travail. Je les remercie du fond du cœur pour leur investissement, leur vitalité et leurs encouragements.

Je tiens à remercier Monsieur Jérémy Suissa et Madame Marie-Paule Debray du Bureau des Personnes âgées de la Direction à l'Action sociale et à l'Enfance pour leur soutien au début de la thèse. Mes remerciements vont également aux différents acteurs rencontrés : Monsieur le Maire, Pascal Cherky et Madame Marianne Auffret, maire-adjoint aux personnes âgées et l'ensemble de l'équipe municipale, pour les échanges et leur soutien. Je tiens à remercier Sylvie Lanöe et Caroline de Lencquesaint, coordinatrices du Point Paris Emeraude du 14^{e}, ainsi que les membres du comité des retraités du PPE : leur accueil, leur soutien et nos échanges furent particulièrement appréciés. J'adresse mes remerciements à Monsieur Coppel, ancien directeur du Centre d'action sociale du 14^{e} qui m'a autorisée à enquêter dans les clubs et dans les résidences du CAS. Mes remerciements vont également à Mesdames Gisèle Bessac et Anne Moszyc de la Maison ouverte, Mesdames Line Ronel et Monique Lauze, animatrices des Clubs séniors : toutes ont relayé avec chaleur l'enquête auprès des 75 ans et plus. Leurs témoignages ont fait avancer notre réflexion. Je n'oublierai pas Madame Françoise Broche qui favorisa notre venue à l'atelier tricot de la paroisse Saint-Pierre de Montrouge. Merci à Daphné Fontaine pour sa disponibilité et son soutien. Les conseils de quartier ont participé au relais de l'enquête, qu'ils en soient remerciés et plus particulièrement Madame Claire Guignard-Hamon du conseil de quartier Jean-Moulin/Porte d'Orléans.

Je n’oublierai pas Madame Cécile Lagravère des petits frères des Pauvres qui fut d’un grand soutien au début de la thèse.

Je tiens à remercier les professionnels de santé qui ont accepté de relayer le questionnaire auprès de leurs patients. Mes remerciements vont également à Mesdames Lucette Barthélémy et Stéphanie Pin de l’Institut National de la Prévention Sanitaire pour nos échanges scientifiques.

Toute ma reconnaissance va également à Françoise Navarre et à François Bétard pour leur soutien méthodologique et cartographique ainsi qu’à Séverine Morel d’Arleux qui, avec sa patience angélique, a su ajuster avec tant de rigueur les planches du tome 2. Merci à Emmanuelle Cadot et Hélène Charreire pour nos discussions méthodologiques au début de la thèse.

Merci à mes amis pour leur soutien et leurs encouragements précieux. Merci à Guillaume Perceval et Nicolas Nader, pour leur contribution photographique.

Enfin, je remercie les membres de ma famille et tout particulièrement mes enfants, Nicolas, Marion et mon époux, pour leur soutien au quotidien.

SOMMAIRE

PARTIE I. LES ENJEUX DU GRAND AGE.....15

Introduction 16

CHAPITRE 1 TERRITOIRE, SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE AU GRAND ÂGE : QUELLE(S) GÉOGRAPHIE(S)..... **17**

1.1 Des vieillards aux aînés : de l'évolution démographique aux évolutions sociétales..... 17

1.2 Le territoire, au cœur des enjeux du grand âge..... 32

1.3. Qualité de vie et bien être au grand âge en ville : quelle pertinence au regard du développement durable ?..... 37

CHAPITRE 2 LES DYNAMIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES 75 ANS ET PLUS À PARIS..... **47**

2.1 L'évolution démographique et sociale du grand âge dans la capitale..... 47

2.2 Les inégalités socio-spatiales des aînés parisiens..... 63

2.3 Vieillir dans le 14e. 66

CHAPITRE 3 BIEN VIEILLIR : UN PARADIGME SOCIÉTAL **81**

3.1 La santé au grand âge 81

3.2 De l'autonomie, fragilité et dépendances : les controverses..... 91

3.3 Vieillissement en santé et qualité de vie : une approche territoriale et intergénérationnelle..... 97

CHAPITRE 4 LES ACTEURS, AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES TERRITOIRES **110**

4.1 Etat des lieux des politiques publiques et des acteurs concernés par le vieillissement..... 110

4.2 Les acteurs parisiens..... 121

PARTIE II. IDENTIFIER ET ANALYSER LES TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14E 132

Introduction 133

CHAPITRE 5 DES PRATIQUES SPATIALES AU CŒUR DE LA DÉMARCHE GÉOGRAPHIQUE..... **134**

5.1 Des pratiques spatiales, agents de l'appropriation de l'espace..... 134

5.2 La carte mentale : un outil au service de la représentation de l'espace..... 141

5.3 Méthode d'analyse des cartes mentales..... 146

CHAPITRE 6 ANALYSE ET EXPLOITATION D'UNE ENQUÊTE QUALITATIVE..... **152**

6.1 Une démarche qualitative pour appréhender les territoires de vie des aînés 152

6.2 Une enquête qualitative centrée sur les pratiques spatiales et les besoins des 75 ans et plus..... 156

6.2 L'enquête besoins et déplacements dans le 14e..... 164

6.3. La cartographie, support de l'analyse spatiale..... 171

CHAPITRE 7 APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE LA TERRITORIALISATION DES AÎNÉS..... **174**

7.1 Les déterminants socio-économiques et sanitaires des 75 ans et plus..... 174

7.2 La perception de son territoire de vie 189

7.3. Les territoires de vie et leurs représentations 197

PARTIE III. L'APPROPRIATION DU TERRITOIRE : UN OBSERVATOIRE DE L'INTÉGRATION DES AÎNÉS ET DE LEUR QUALITÉ DE VIE DANS LE 14E 208

Introduction 209

CHAPITRE 8 L'APPROPRIATION TERRITORIALE : BAROMÈTRE DE L'INTÉGRATION ET DES BESOINS ASSOCIÉS DES AÎNÉS DANS LE 14E**210**

8. 1 L'appropriation territoriale et ses représentations : un outil de détection de la fragilité des aînés 210
8.2 Des appropriations territoriales contrastées 216
8.3 Constitution d'un outil de détection de la fragilité des personnes âgées de l'indice à l'échelle d'appropriation territoriale 232
CHAPITRE 9 LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS, AU CŒUR DE L'INTÉGRATION SOCIO-SPATIALE **248**
9.1 Quelle participation sociale dans le 14e arrondissement ? 249
9.2 Quelles approches politiques pour favoriser la participation sociale ? 263
CHAPITRE 10 DU DIAGNOSTIC LOCAL À UNE POLITIQUE TERRITORIALE DU VIEILLISSEMENT **270**
10.1 Des besoins territorialisés et intergénérationnels pour une meilleure qualité de vie 270
10.2 L'information, au cœur de la qualité de vie des territoires 275
10.3 Les acteurs locaux, au cœur d'un politique territoriale du vieillissement 280
Bilan et perspectives 283
Conclusion générale 286
Bibliographie 290
Liste des figures 306
Liste des tableaux 306
Liste des graphiques 307
Liste des photographies 309
Liste des cartes 311
Liste des sigles 313
ANNEXES **318**
Résumé de la thèse 358

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le 14 septembre 2011, les médias firent la promotion d'un documentaire bien particulier : ce n'était pas une production américaine, ni un film grand-public français, mais le témoignage de six personnes octogénaires. Le producteur, peu connu, est financé, non par TF1 ou Canal Plus, mais par deux caisses de retraite complémentaire, AG2R La Mondiale et Prémalliance. D'aucuns s'accordent à faire l'éloge d'un film poétique, sensible, ayant le souci de donner du grand âge un regard juste et non misérabiliste. Ne pouvant aller à l'avant-première, nous décidons de voir le film dans la salle du cinéma Saint-André des Arts dans le 6^{e} : vingt personnes présentes dans la salle dont un homme, moyenne d'âge des spectateurs autour de 70 ans. Après la précipitation de la journée, nous entrons alors dans un rythme bien différent : voix calmes, paisibles, sereines, des mouvements au ralenti, le grand âge fait les choses lentement mais sûrement. Les personnes évoquent la vie, la mort, leur bonheur, leurs projets en fonction de leur rythme et de leur envie. Une vision de la vieillesse bien différente de celle véhiculée par les médias, la société, qui opposent sans cesse les jeunes séniors hyperactifs aux vieux dépendants. Le réalisateur ne prétend pas parler de toutes les vieillesses, mais veut apporter un regard positif sur le grand âge. Une petite révolution ? Un signe d'une évolution de la société, d'une prise de conscience : on vieillit de mieux en mieux. Le spectre de la dépendance et de la vieillesse « fardeau » est ici balayé. Cette actualité filmographique s'insère dans un contexte démographique sans précédent : le vieillissement de la population. L'augmentation de la part des 60 ans et plus est amorcée et inéluctable, entraînant avec elle la gérontocroissance, qui se définit comme étant l'augmentation du nombre de personnes âgées. Nos sociétés sont confrontées pour la première fois de leur histoire à ce phénomène démographique sans précédent. En 2030, les 60 ans et plus devraient représenter, selon le scénario central de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 29% de la population totale. Le vieillissement qui fut surtout, jusqu'aux années 2000, un fait rural devient également un fait urbain. La gérontocroissance sera urbaine et périurbaine (G-F. Dumont, 2010). Ce film sort en plein débat sur la dépendance. Si l'espérance de vie en bonne santé (ou sans incapacité) continue de progresser, le nombre de personnes dépendantes devrait s'accroître aussi. Les débats actuels réunissent l'ensemble des acteurs du vieillissement pour réfléchir au financement de la dépendance, mais aussi à une politique de prévention de la perte d'autonomie qui devra s'adapter aux formes du « vieillir » et aux territoires du vieillissement. Ainsi, dans une ville comme Paris, le nombre des 85 ans et plus augmente

continuellement depuis 1990. Nous sommes ici dans une situation paradoxale : d'une part, Paris est une métropole en mouvement dont les aménagements sont réalisés pour et par des actifs mobiles, et de l'autre, Paris est le territoire de milliers de retraités de tous âges et en particulier d'aînés dont les mobilités sont réelles mais réduites et ralenties. La ville doit gérer des temporalités, des pratiques spatiales, des usages de l'espace bien différents entre actifs et retraités âgés. La ville est ambivalente, d'un côté, elle attire par ses aménités comme la proximité des commerces, l'offre de soins, l'offre récréative qui permettent de nombreuses rencontres et le développement de liens sociaux, et de l'autre, elle est souvent synonyme d'isolement et de perte de reconnaissance sociale (B. Ennuyer, 2005). L'isolement social contribue à fragiliser les personnes âgées et à accélérer la perte d'autonomie. C'est sans doute l'épisode de la canicule de 2003 qui a remis en scène les dangers de l'isolement en milieu urbain. Entre le 1er et le 15 août 2003, de très fortes chaleurs se sont maintenues sur l'ensemble du territoire, provoquant une surmortalité chez les 65 ans et plus. À Paris, des températures supérieures à 35°C furent enregistrées de façon ininterrompue pendant neuf jours, du 4 au 12 août. Une surmortalité estimée à 60 % par rapport aux années antérieures toucha en particulier les 75 ans et plus, vivant seuls, en bonne santé (E. Jougla, 2003), en particulier dans les 15e, 13e ,14e et 12e arrondissements, dans lesquels les îlots de chaleur urbains furent préjudiciables. Le contexte socio-économique et l'absence de liens sociaux ont sans doute contribué à cette surmortalité (A. Spira, E. Cadott, 2006). Cet épisode marqua la capitale et les politiques du vieillissement. Les responsabilités furent collectives, sociétales, familiales et individuelles : on semblait alors découvrir la fragilité des personnes âgées et l'impact de l'isolement social.

Depuis la conférence de Madrid, en 2002, le vieillissement est entré dans les préoccupations de la gouvernance mondiale. L'Organisation mondiale de la santé a intégré le vieillissement comme un fait de santé nécessitant une politique de prévention. Depuis 2004, le vieillissement actif ou encore le « Bien Vieillir » deviennent des axes des politiques publiques qui s'insèrent de plus en plus dans le paradigme du développement durable. Il s'agit d'un véritable paradoxe entre le vieillissement et la perte d'autonomie d'une part, et le développement durable (ou soutenable chez les anglo-saxons) d'autre part. Depuis 2007, le gouvernement français a introduit ces notions dans un plan « Bien vieillir ».

Ainsi depuis le début de nos recherches en 2006, le vieillissement s'est ancré à toutes les échelles du territoire et concerne une multitude d'acteurs. Les territoires de vie des aînés et leur intégration dans la société sont aujourd'hui au cœur des préoccupations.

En 2005, l'unité 569 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) développa avec l'International Longevity Center France, une enquête pilote auprès des 75 ans et plus « Vieillissement, qualité de vie et santé selon l'environnement social urbain : étude comparative Paris New-York. Le questionnaire portait sur l'état de santé perçue physique et mentale, le niveau de dépendance et les liens sociaux des Parisiens âgés. À la fin de l'enquête, nous avons pu analyser une partie des résultats, dans le cadre d'un stage de master 2 de géographie de la santé. Nous nous sommes attachées aux réponses portant sur les déplacements, la perception de l'environnement dans le quartier Plaisance, dans le 14^{e}. Il nous est apparu que cette approche quantitative ne permettait pas d'identifier les besoins individuels. Ce territoire est un espace vécu, perçu et ressenti (A. Bailly,1995) différemment en fonction du milieu social, du quartier, de la forme d'habitat et de l'état de santé. Il est le produit d'une combinaison de facteurs qui vont plus ou moins influencer les mobilités des personnes âgées et leurs sociabilités. Les sociologues privilégient la parole des personnes âgées et cette approche complémentaire nous a guidés dans la conception de notre objet de recherches. Il nous semblait pertinent de mettre au cœur de l'étude, les besoins exprimés par les 75 ans et plus, au travers de leur appropriation du territoire. L'intégration des personnes âgées dans la cité et la prévention de la perte d'autonomie sont ainsi devenues nos fils directeurs.

Trois hypothèses ont guidé notre réflexion :

- les pratiques spatiales des personnes âgées sont des indicateurs socio-spatiaux pour identifier des besoins en fonction des espaces urbains. Elles sont un observatoire de l'intégration des aînés dans la société.
- les personnes âgées ont des besoins spécifiques en matière d'aménagement et d'offre de services sociaux, commerciaux ou sanitaires, mais y répondre c'est améliorer la qualité de vie de tous les habitants.
- une politique territoriale du vieillissement doit s'appuyer sur l'échelle locale pour être durable.

En 2006, de nombreuses recherches se sont centrées sur les espaces péri-urbains. Il nous a semblé important de mener notre recherche à l'intérieur à Paris où les « très âgés » augmentent en nombre. Il n'existe pas à notre connaissance une étude géographique sur les aînés parisiens et les études sur les centres-villes sont peu nombreuses. Paris est un territoire particulier : la Ville de Paris est à la fois commune et département. Les territoires de vie des

personnes âgées s'insèrent dans ces « *territoires de pouvoir* » (D. Argoud, 2010) qui mettent en place les politiques publiques. Le territoire étudié - le 14e - est aux frontières entre les arrondissements aisés de l'Ouest et les arrondissements plus populaires de l'Est. C'est un laboratoire urbain avec d'un côté, le quartier de la Porte de Vanves inséré dans un dispositif « Quartier Politique de la Ville », et de l'autre des quartiers en voie de gentrification. Le travail amorcé lors du mémoire de Master 2 de géographie de la santé sur le quartier Plaisance avait mis en exergue la grande variété des territoires à l'échelle micro-locale. Notre recherche portant sur les pratiques spatiales, nous avons décidé de ne pas inclure l'habitat des personnes âgées, qui est en lui-même un sujet très large. Nous centrons nos recherches sur le rapport à la ville, sur l'extérieur du domicile. Enfin, nous avons choisi la limite de 75 ans et plus comme entrée dans le grand âge, pour être en adéquation avec les recherches et les statistiques disponibles, même si notre réflexion nous a mené à remettre en cause cette limite d'âge. La population sélectionnée dans l'enquête privilégie les personnes valides, autonomes, sortant de leur domicile seules ou accompagnées.

Notre première partie s'attachera à contextualiser le vieillissement et à en comprendre les enjeux démographiques, socio-économiques, politiques et sociétaux aux différentes échelles des territoires. Le vieillissement et la notion de territoire de vie des 75 ans et plus sont pluridisciplinaires. Nous sommes ici dans le domaine des sciences sociales où la géographie prend toute sa place, de la géographie sociale à la géographie de la santé, de l'urbanisme à la sociologie et de la gérontologie sociale (Chapitre 1). Nous aborderons ensuite les dynamiques démographiques parisiennes afin de mieux comprendre comment cette génération vit sa vieillesse dans un espace urbain, en particulier le 14e qui s'est considérablement transformé au cours des trente dernières années (Chapitre 2). Notre recherche s'intègre dans cette démarche du « Bien vieillir » qui guide aujourd'hui les politiques publiques. Il nous faudra clarifier les notions de dépendance, d'autonomie et de fragilité qui font débat entre les acteurs de la gérontologie et les pouvoirs publics qui mettent en œuvre les politiques de prévention. (Chapitre 3). La prévention de la perte d'autonomie est un des enjeux actuels, l'insérer dans des politiques publiques territorialisées en est un autre : l'exemple parisien nous permettra de comprendre, comment s'effectue la décentralisation des politiques Vieillesses et quelles sont les évolutions actuelles (Chapitre 4).

Les concepts et le contexte fixés, nous aborderons, dans la deuxième partie, la méthodologie employée pour étudier les pratiques spatiales des 75 ans et plus au sein de leur territoire de vie. Nous reviendrons dans le chapitre 5 sur les notions essentielles de pratiques spatiales et

de perception de l'espace, qui ont guidé notre réflexion, pour mettre en place une méthode d'analyse des représentations de l'espace des 75 ans et plus par les cartes mentales. Après avoir décrit la démarche scientifique et les modalités de l'enquête (Chapitre 6), nous en analyserons les résultats pour comprendre quels sont les déterminants qui influent sur l'appropriation du territoire au grand âge (Chapitre 7).

La dernière partie sera consacrée au diagnostic local des besoins exprimés par les aînés. Les appropriations territoriales contrastées sont un observatoire de leurs besoins, de leur intégration et de leur qualité de vie dans l'arrondissement (Chapitre 8). Un diagnostic de la participation sociale (Chapitre 9) et de l'identification de besoins territorialisés aboutissent à des propositions pour une politique territoriale locale durable du vieillissement.

PARTIE I.
LES ENJEUX DU GRAND ÂGE

Introduction

Cette première partie est consacrée à contextualiser le vieillissement pour en comprendre l'ensemble de enjeux territorialisés. Nous reviendrons en premier lieu sur cette évolution démographique sans précédent dans l'histoire, pour ensuite expliciter en quoi la notion de territoire de vie est transversale et affecte l'ensemble des sciences sociales et médicales. Deux approches territoriales s'amorcent, l'une concerne le territoire du quotidien, l'autre le territoire de l'action publique et des acteurs du vieillissement.

Nous aborderons ensuite les dynamiques démographiques des 75 ans et plus issues du premier tiers du vingtième siècle à Paris et dans le 14^{e}. La longévité, l'espérance de vie en bonne santé sont au cœur des politiques publiques qui se sont emparées du paradigme du bien vieillir. La santé, la préservation de l'autonomie et l'intégration dans la société, sont des enjeux du vieillissement (Chapitre 3). Les acteurs du vieillissement sont nombreux et interviennent dans des territoires emboîtés où vivent les aînés (Chapitre 4).

CHAPITRE 1
TERRITOIRE, SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE AU GRAND ÂGE : QUELLE(S) GÉOGRAPHIE(S)

INTRODUCTION

Les territoires de vie des personnes âgées de 75 ans et plus sont au cœur des enjeux du vieillissement. L'ensemble des thèmes abordés par cet objet de recherche est sujet à controverses disciplinaires ou sociétales. Il nous faut donc expliciter le contexte du vieillissement dont les enjeux politiques, économiques, sanitaires, sociaux et sociétaux ont des effets sur les territoires à différentes échelles et impliquent des choix politiques à court, moyen ou long terme de l'échelle locale à l'échelle globale tout en s'inscrivant de plus dans des logiques de développement durable.

1.1 DES VIEILLARDS AUX AÎNÉS : DE L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE AUX ÉVOLUTIONS SOCIÉTALES

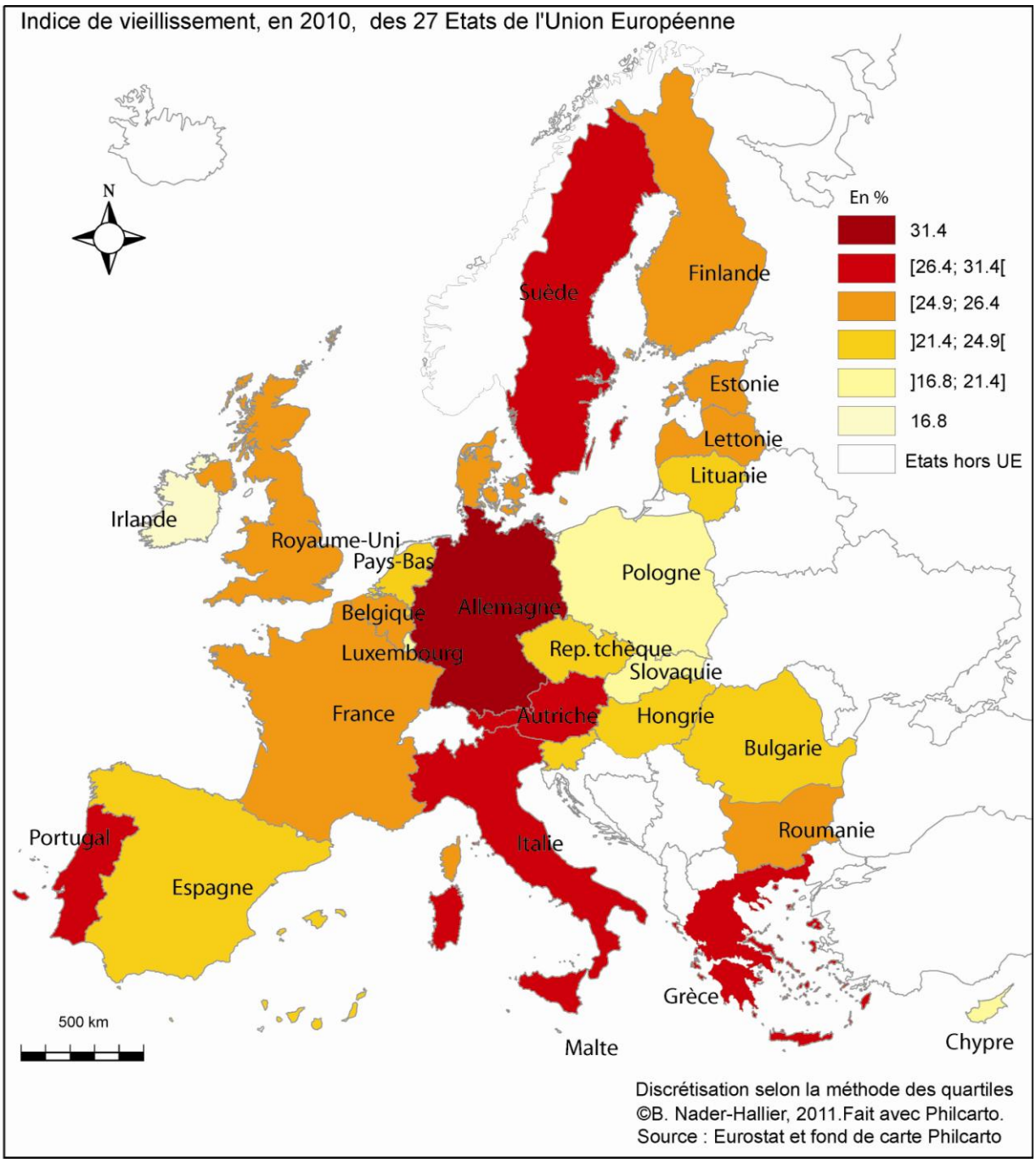
1.1.1 Vieillissement et gérontocroissance inéluctables

Le vieillissement de la population est devenu depuis une dizaine d'années une préoccupation mondiale : un tiers de la population mondiale devrait avoir 65 ans et plus en 2050. Cette évolution démographique est particulièrement engagée en Europe et en Amérique du Nord. L'indice de vieillissement[1] en Europe est, en 2010, estimé en moyenne à 25,9%. La Carte n° 1 illustre l'inégal vieillissement entre les Etats de l'Union Européenne : l'Allemagne, le Portugal, l'Italie, la Grèce et la Suède ont un indice de vieillissement en 2010 supérieur à 26,4%. La France est, quant à elle, proche de la moyenne nationale (25,6%). Depuis 1945, après le rajeunissement prolongé du baby-boom 1942-1975, la France est entrée depuis 2006

[1] Définition de l'indice de vieillissement ou taux de dépendance vieillesse : cet indicateur est le ratio entre le nombre total de personnes âgées ayant atteint un âge auquel elles sont généralement économiquement inactives (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).

dans une phase inéluctable de vieillissement de sa population : la part des 60 ans et plus, représentant en 2011 21% de la population, devrait s'accroître et représenter en 2050 32 % de la population. Avec l'Irlande, la France fait partie des États dont l'indice de fécondité est un des plus élevés de l'Union européenne, proche de 2, assurant un meilleur renouvellement des générations. Certains États ont des indices de fécondité inférieurs à 1,4 : 1,39 pour l'Allemagne, 1,26 pour la Hongrie, 1,18 pour la Lettonie. (INED, 2010).

Carte n° 1 - Indice de vieillissement en Union Européenne en 2010



Il faut en outre, différencier du vieillissement, la gérontocroissance, c'est-à-dire l'augmentation en nombre des personnes âgées de 60 ans et plus[2] afin de mieux cerner les dynamiques démographiques. L'évolution du vieillissement résulte de la combinaison de quatre facteurs selon Gérard-François Dumont[3] : la baisse de la fécondité, l'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées depuis 1970, le rôle du système migratoire limitant le vieillissement par une composition par âges plus jeunes chez les populations immigrantes que chez les populations résidantes et enfin la prise en compte des dynamiques historiques des populations comme par exemple, la classe creuse de la guerre de 1914-1918[4]. Si l'évolution du vieillissement dépend des quatre facteurs, la gérontocroissance ne dépend quant à elle que de la combinaison de trois d'entre eux : l'évolution des taux de survie des personnes âgées, la composition par âge des migrants et l'héritage démographique. Si la gérontocroissance est prévisible à court et moyen terme, (car indépendante des taux de natalité actuels), la croissance du vieillissement est probable, mais son intensité est plus incertaine car dépendante de la fécondité à venir[5].

En Europe, la part des 65 ans et plus dépassera à partir de 2040 20% de la population dans tous les États, et dans la moitié d'entre eux elle sera supérieure à 25,7%. Une accélération du vieillissement est prévue à partir de 2040. En différenciant les classes d'âge et ainsi en considérant la gérontocroissance par le haut, les taux de croissance entre 2008 et 2040 oscilleront entre 10% à 140% pour les 65-79 ans et entre 80 à 230% pour les 80 ans et plus (Graphique n° 1). En France, l'INSEE propose trois scénarios des dynamiques de population à venir : le Graphique n° 2 détaille les hypothèses de projections réalisées en 2010, en fonction d'un scénario où les variantes (indice conjoncturel de fécondité, espérance de vie à la naissance et la valeur du solde migratoires sont basses, moyennes dites centrales, ou hautes. L'ensemble des études s'appuie en général sur l'hypothèse centrale avec une stabilisation de l'indice conjoncturel de fécondité, une espérance de vie en progrès atteignant en 2060, 91,1

[2] En France, l'âge de la retraite fut de 1981 à 2010, fixé à l'âge de 60 ans. L'ensemble des analyses, des études et des statistiques, notamment l'INSEE, prend cet âge comme étant l'âge de base officiel. Le recul de l'âge de la retraite devrait modifier l'âge de base et prendre l'âge de 65 ans comme référence, borne utilisée dans les statistiques internationales.

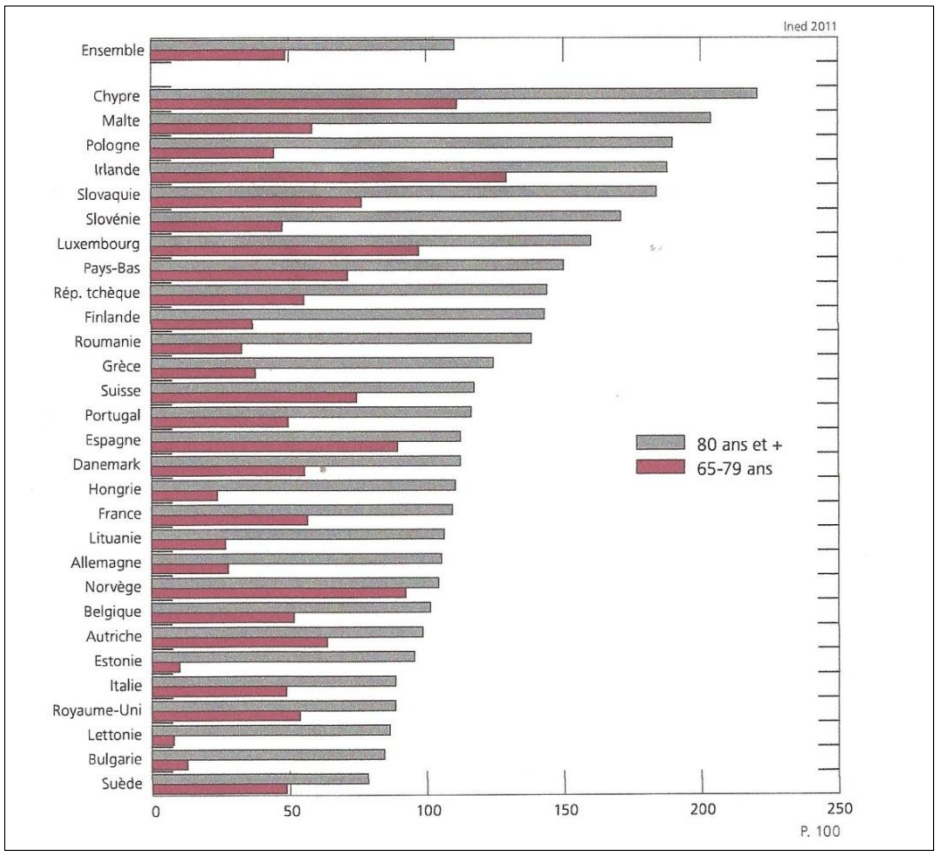
[3] Gérard-François Dumont a forgé ce mot dans les années 1980 en associant l'origine grec « gérôn »à l'idée d'augmentation en nombre d'où le terme de gérontocroissance.

[4] La classe creuse de 1918 correspond à cette classe d'âge où les taux de natalité furent moins importants de part la grande mortalité masculine. Cette classe creuse, visible sur la pyramide des âges aura un impact démographique jusqu'à la mort de ses derniers survivants.

[5] Dumont, G-F., (2010) « la géographie des territoires gérontologiques », dans « Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses », *Gérontologie et société* n°132, Fondation nationale de gérontologie, pp 47-62

années pour les femmes et 86 pour les hommes, et une stabilisation du solde migratoire à 100 000 personnes.

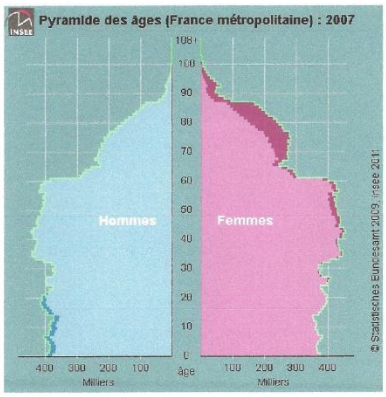
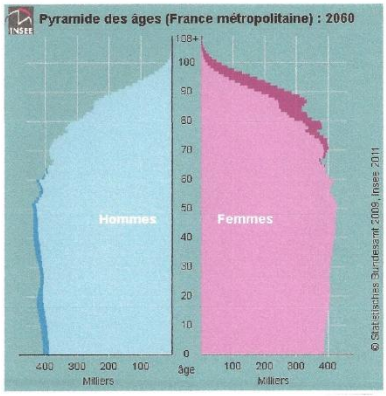
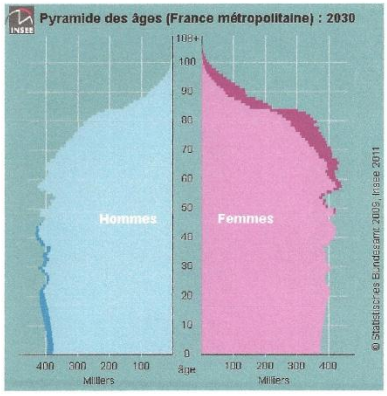
Graphique n° 1 : taux de croissance en % entre 2008 et 2040 des effectifs âgés de 65-79 ans et de 80 ans et plus.



Source : Populations et tendance des pays européens (1980-2010), INED.

Graphique n° 2 - projection 2007-2060 selon le scénario central de l'INSEE

Scénario central de projection pour la France métropolitaine 2007-2060

En 2007, 61.7 millions d'habitants	En 2030, 68.5 millions d'habitants	En 2060, 73.5 millions d'habitants
		
Moins de 20 ans : 24.8 %	Moins de 20 ans : 23 %	Moins de 20 ans : 22.1 %
20-59 ans : 53.8 %	20-59 ans : 47.5 %	20-59 ans : 45.8 %
60-74 : 13 %	60-74 : 17.1 %	60-74 : 15.9 %
75 ans et plus : 8.5 %	75 ans et plus : 12.3 %	75 ans et plus : 16.2 %

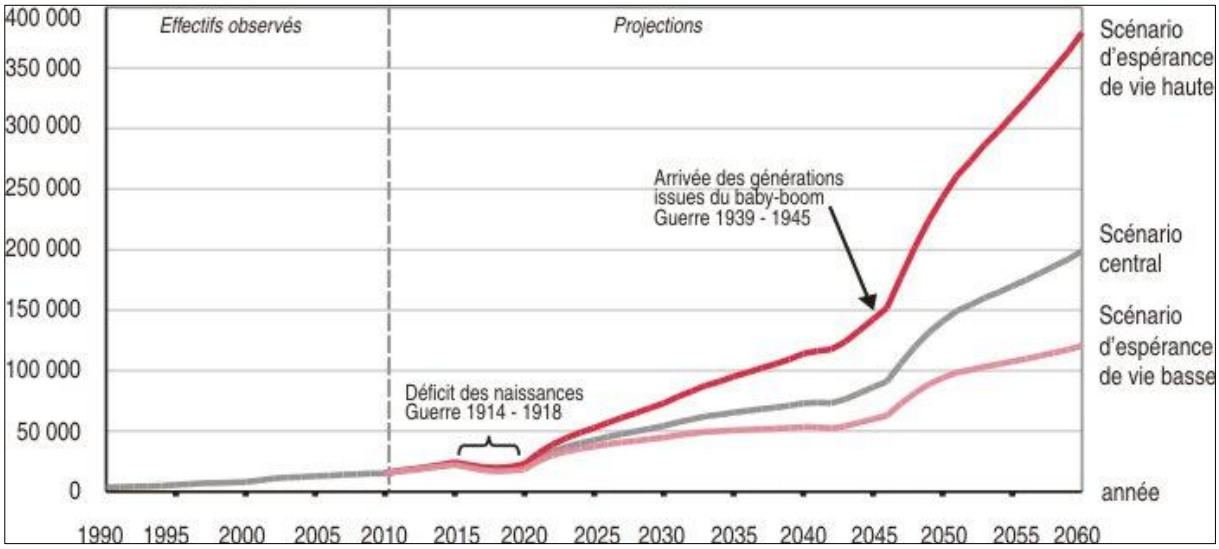
B. Nader. Source : Insee Première, octobre 2010

Ainsi, le scénario central prévoit-il une augmentation des 60 ans et plus de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de 60 ans et plus, soit une hausse de 80% en 53 ans. La gérontocroissance se traduira par une augmentation sans précédent du nombre des personnes très âgées : le nombre des 75 ans et plus passerait de 5,2 millions en 2007 (soit 8,5% de la population), à 11,9 millions en 2060 (soit 16,2%), celui des 85 ans et plus de 1,3 million à 5,4 millions. [6] Au 1er janvier 2010, on comptait en France quinze mille centenaires, ils étaient un peu plus d'un millier en 1970. Le Graphique n° 3 illustre l'évolution à venir du nombre de centenaires en fonction des trois scénarios possibles. Le scénario central estime les centenaires à 200 000 en 2060 c'est-à-dire 0,3% de la population française. Le nombre de centenaires devrait augmenter de 2000 par an entre 2010 et 2046, avec une légère baisse entre 2015 et 2019, correspondant au déficit des naissances de la classe creuse de la Première Guerre mondiale. En 2046, le rythme devrait s'accélérer avec l'arrivée des générations issues du baby-boom. [7]

[6] Blanpain, N., Projections de population à l'horizon 2060, un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, *INSEE PREMIERE*,n°1320 octobre 2010

[7] Blanpain, N., 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ?, *INSEE PREMIERE*, n°1319, octobre 2010

Graphique n° 3 : nombre de centenaires jusqu'en 2060 selon trois scénarios



Source : INSEE, 2010

Ces centenaires en nombre sont, et seront, quasi tous des femmes. En 2007, 49% des centenaires vivaient à domicile contre 47% en 1999. On estime qu'en 2060, 50% seront à domicile et 50% vivront en institution.

1.1.2 Vieillissement et territoire

Le vieillissement de la population est « territorialisé ». Il touche inégalement les territoires qu'ils soient urbains ou ruraux. G-F Dumont distingue quatre combinaisons géographiques du vieillissement et de la gérontocroissance entre la période 1999 et 2007 :

- Vieillissement en augmentation et gérontocroissance (Hautes-Alpes ou l'Oise)
- Vieillissement en augmentation et une géronto-décroissance comme, par exemple, la Creuse entre 1990 et 1999.
- Un vieillissement en diminution mais une gérontocroissance comme par exemple Paris, La Lozère ou les Alpes-Maritimes entre 1990-1999.
- Un vieillissement en diminution associé à une géronto-décroissance.

Cette typologie (cf. annexe 1) illustre la complexité des dynamiques démographiques et la nécessité d'analyser le vieillissement et la gérontocroissance en parallèle pour mieux mesurer les conséquences à l'échelle des territoires.

Vieillissement et gérontocroissance ont une traduction spatiale : les dynamiques démographiques ne se traduisent pas de la même façon sur l'ensemble du territoire français.

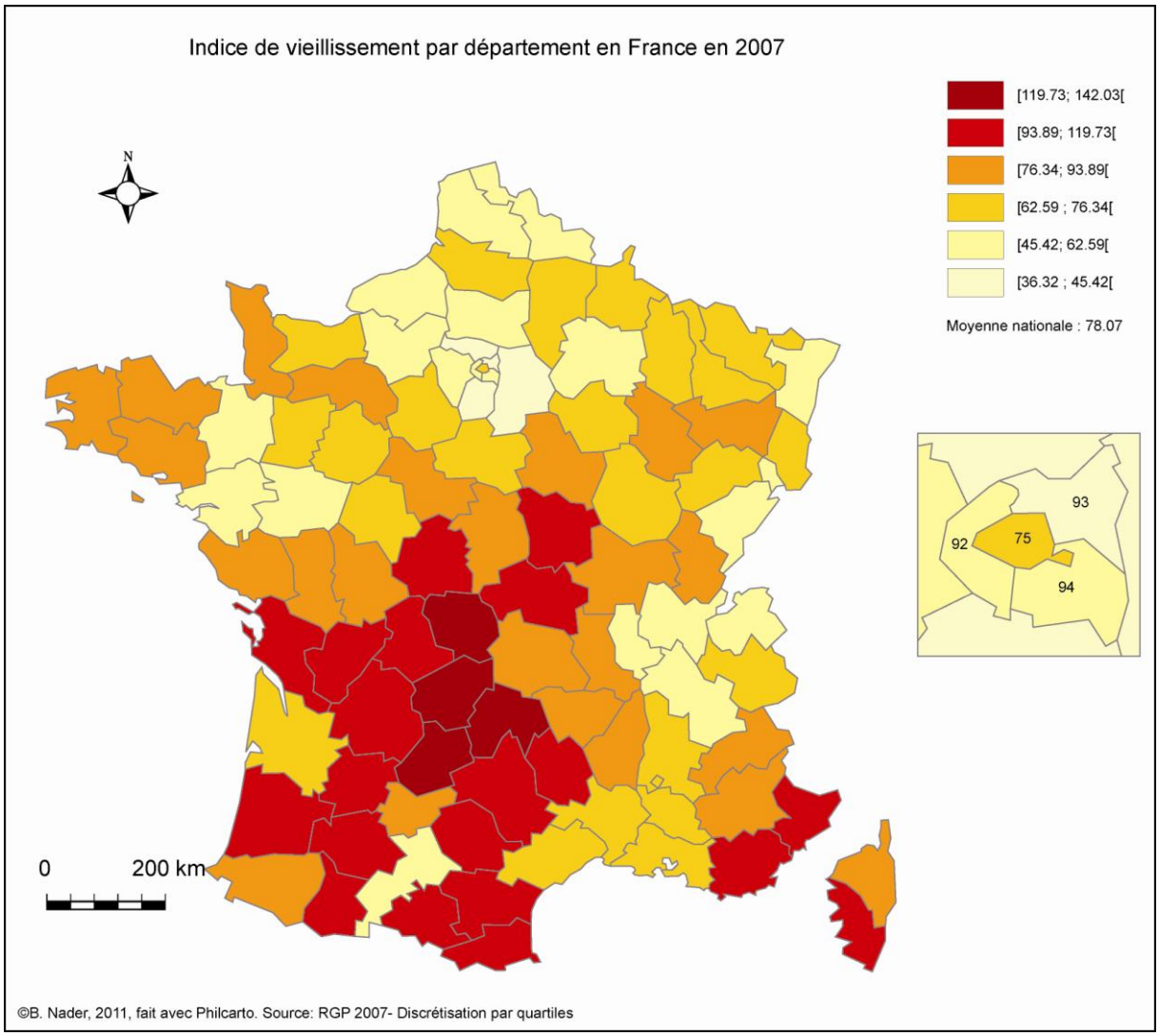
La carte n°2 de l'indice de vieillissement[8] par département illustre l'inégal vieillissement sur le territoire français : la Creuse, la Corrèze, le Lot et le Cantal sont les quatre départements où l'indice de vieillissement est le plus élevé (supérieur à 119). Le Centre et le Sud-ouest français sont, en 2007, les territoires les plus vieux. La moyenne de la gérontocroissance nationale serait pour la période 1999-2030 de 66%, celles des départements urbains de 59% et celles des départements ruraux de 44%. La Seine-et-Marne serait le département où l'augmentation de la gérontocroissance serait la plus forte, elle est estimée à 133%. Si le vieillissement est davantage un phénomène rural, la gérontocroissance est quant à elle urbaine, conséquence du phénomène de métropolisation des dernières décennies. Cette distinction vieillissement et gérontocroissance est ainsi fondamentale pour toutes les politiques publiques.

L'augmentation de la longévité d'une part et de l'espérance de vie sans incapacité explique en partie le grand nombre de centenaires à venir, mais le corollaire est l'augmentation en nombre des personnes dépendantes, enjeu majeur sur lequel nous reviendrons plus tard. G-F. Dumont estime à 42% l'augmentation du nombre de personnes dépendantes en France métropolitaine entre 1999 et 2030, soit 37% pour les départements les plus urbains et 21% pour les départements les plus ruraux. Parmi les départements les plus urbanisés, la Seine-et-Marne, l'Essonne, les Yvelines et le Val d'Oise sont les départements dont l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes serait la plus forte (Graphique n° 4); globalement l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes serait plus forte dans les territoires urbains et péri-urbains.[9] Paris fait figure d'exception avec une décroissance de 7%.

[8] Définition de l'INSEE : l'indice de vieillissement, c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans

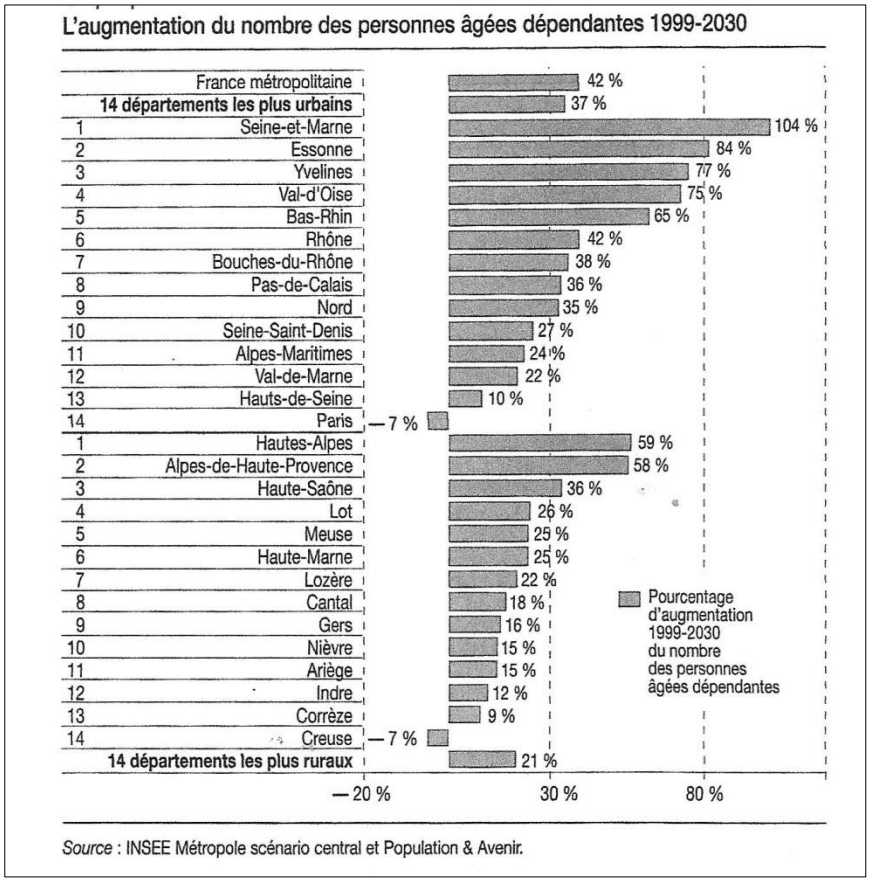
[9] Dumont, G-F.(2008) Populations et territoires de France en 2030, le scénario d'un futur choisi, Paris , L'Harmattan

Carte n° 2 : indice de vieillissement par département en 2007 en France



Ces estimations sont capitales car elles guident les pouvoirs publics en matière de politique de santé, d'offre de soins et de financement, donc d'aménagement du territoire sur lesquels nous reviendrons ultérieurement. Mais elles sont essentielles aussi quant à notre approche de la vieillesse et nos représentations sociales qui guident le regard, les réactions de chacun et la philosophie des politiques publiques.

Graphique n° 4 - l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes sur la période 1999-2030



Source : Dumont G-F, Les représentations de la vieillesse : de la vieillesse fléau à la vieillesse « patrimoine »

1.1.3. Les représentations de la vieillesse : de la vieillesse « fléau » à la vieillesse » patrimoine »

1.1.3.1 Les âges de la vieillesse

Évoquer les 75 ans et plus ou dans certaines publications les 80 ans et plus, c'est avant tout évoquer un grand nombre de personnes bien différentes les unes des autres en fonction de leurs conditions sociales, leurs trajectoires de vie, leur état de santé et leur lieu d'habitation. Mais c'est surtout évoquer des tranches d'âge qui ont un écart de plus en plus grand entre les plus jeunes (75 ans) et les plus âgées pouvant atteindre le record de 122 ans comme celui de Jeanne Calment. La démographie et l'histoire nous font visualiser cette génération du premier tiers du XXe siècle. Les plus âgés sont nés avant la guerre de 1914, les plus jeunes lors de la crise des années trente. Tous ont vécu au moins une guerre en France. Ce sont surtout pour la majorité les parents de la première vague du « baby-boom », les actifs des Trente Glorieuses et, pour la majorité d'entre eux, les premiers à être à la retraite à 60 ans en 1981. Dans le

Graphique n° 5, les traits rouges sur les pyramides montrent la progression dans le temps de cette génération, précurseur d'un vieillissement sans précédent, inédit. Chaque enfant né en 1914, en 1925 ou en 1934, aura donc une vision de la vieillesse familiale et culturelle contextualisée : on se souvient de ses grands-parents, de leur façon de s'habiller, de penser. Jusqu'aux années 1970, les vieux sont l'âme de la famille, le grand-père est un référent, c'est un patriarche. Les évolutions économiques, sociales et sanitaires sur lesquelles nous reviendrons dans les chapitres II et 3, ont profondément modifié les modes de vie, l'espérance de vie et ainsi la vision de la vieillesse.

Le vocabulaire utilisé a considérablement changé : en 1950 on parlait volontiers de vieillards : la journée des vieillards est instaurée pour financer « l'humanisation du destin des vieillards »). En 1962, Pierre Laroque parle de « personnes âgées », des personnes qui sont à la retraite donc des 65 ans et plus. Les termes de « vieux » et qui plus est de vieillard deviennent politiquement incorrects. Mais dans ce nouveau vocable, on assimile des personnes de 65 à 100 ans. En 1983, le secrétariat d'État chargé des personnes âgées mit en place une commission de terminologie qui mena au dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. On y distingue les « jeunes vieux » de 60 à 75 ans voire 80 ans et les « vieux vieux » de 80 ans et plus. Cette notion du troisième âge apparaît au moment où les conditions de vie des retraités s'améliorent, le troisième âge représente alors « *le moment du plaisir enfin atteint, enfin conquis* » (J. Trincaz, 2004). Mais les très vieux sont toujours considérés comme un fléau : la pancarte d'un square de Nanterre en 1980 en dit long sur la vision de la vieillesse : « *Square interdit aux chiens et aux résidents de l'Hospice* »[10]La longévité aidant, les décennies 1990-2000 apportent une nouvelle expression : le quatrième âge pour désigner la réalité du grand âge (le old–old) en opposition à un troisième âge dynamique (young old).

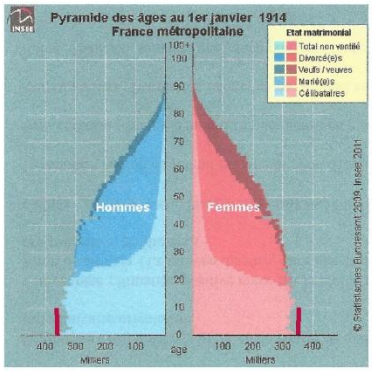
[10] Cité parPatriceLeclerc « pour une politique territoriale du vieillissement » , *Vieillir dans son quartier, dans son village*, fondation de France, 2004, p.22

Graphique n° 5 : Une génération née entre 1901 et 1934

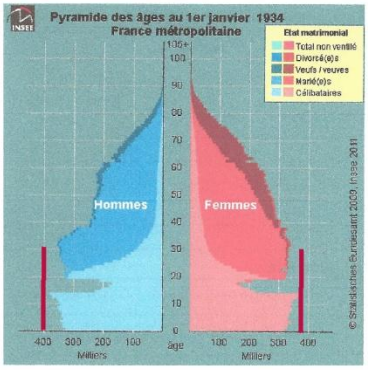
Les classes d'âge des 75 ans et plus actuels, dans les pyramides des âges de 1914 à 2010

Des naissances entre 1901 et 1934

Les enfants nés entre 1901 et 1914...

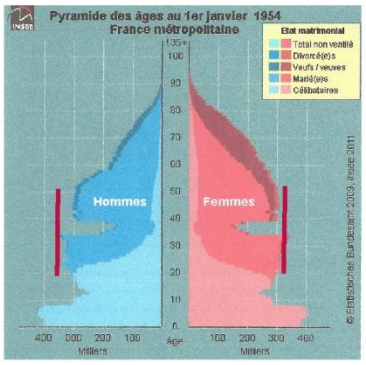


...à 1934

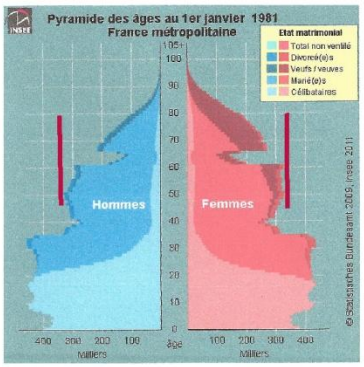


De la vie active à la retraite

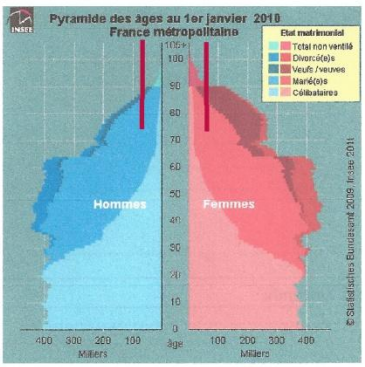
1954 : la vie active des parents du baby-boom



1981 : le début de la retraite à 60 ans pour les plus jeunes



Le grand âge en 2010



Classes d'âge concernées

B. Nader Source : http://www.insee.fr

Depuis une dizaine d'années le vocabulaire a encore évolué : l'arrivée des baby-boomer à l'âge de la retraite les place comme cible marketing. Le vieillard est loin place aux « Masters » (50-60 ans), aux « Libérés » (60-75 ans) ; aux « Paisibles » (75-85 ans) et enfin aux « grands aînés » cheminant au-delà de 85 ans. Pour le marketing, chaque catégorie correspond à une mode de vie donc à un mode de consommer. Bernard Ennuyer évoque la classification de Muriel Boulmier dans une approche habitat et vieillissement. Elle distingue « les séniors actifs » entre 60-75 ans, des 75-85 ans porteurs de pluri mini-handicaps et les 85 ans et plus

statistiquement plus dépendants »[11]. Le Centre d'analyse stratégique évoque quant à lui trois groupes de populations en 2010 : les séniors entre 50 et 75 ans, actifs en bonne santé encore en emploi ou à la retraite, les 75-85 ans restant autonomes malgré leurs problèmes de santé et enfin au-delà de 85 ans, et enfin le grand âge marqué par des processus souvent accélérés de perte d'autonomie et de grande fragilité.[12]

Il apparaît donc très vite que l'on ne parle pas de la vieillesse mais bel et bien des vieillesses plurielles. Les appréhender nécessite donc une approche pluridisciplinaire qui seule pourra nous permettre de cheminer dans notre objet de recherche portant sur les territoires de vie des aînés.

1.1.2.2 Les représentations sociales de la vieillesse sont différentes de la notion d'âge.

Le vocable ni la tranche d'âge ne font le vieux ou le jeune et les représentations personnelles sont souvent bien différentes de ces classifications économiques, gérontologiques ou sociales. Le vieillissement individuel est d'ordre biologique. C'est la sénescence. *« L'aboutissement de l'avancée en âge et de la sénescence représente les étapes ultimes de la vie. La vieillesse est plurielle, fonction du vécu et de l'histoire, variables selon les lieux et les époques* » (J-C Henrard, 2004).

Les représentations de la vieillesse en Occident sont trop souvent négatives et s'accompagnent d'idées reçues, de clichés communément admis. Les médias véhiculent deux images la première correspond au sportif d'âge mûr et l'autre au vieux dépendant, « abandonné par sa famille lors de la canicule de 2003 »[13] Les clichés ont la vie dure. Le vieillissement est souvent associé au déclin. Il est associé au fait « de ne plus pouvoir faire », aux problèmes fonctionnels. Les clichés séparent souvent les plus jeunes, les séniors « *dont l'âge passe pour un privilège. Ils sont bien portants et bénéficient d'une retraite qui leur permet de vivre dans l'aisance.[…] »* des plus vieux *« Dans le grand âge, la vieillesse fait figure de malédiction, les vieux sont porteurs de la décrépitude et de la finitude humaine et comme tels ils font peur.*[14]» Cette vision est l'héritage de l'histoire de la démographie française. Alfred Sauvy introduisit dès 1928 une représentation négative de la vieillesse : l'augmentation du nombre

[11] Cité par Bernard Ennuyer « A quel âge devient-on vieux ? », Gérontologie et société n°138, 2011 pages 127-142

[12] Godot C., Wisnia-Weill V., *Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*, Centre d'analyse stratégiques, 306 pages. En ligne sur le site de la documentation française.

[13] Henrard J-C.,(2008), « Vieillissement et vieillesse : idées reçues, idées nouvelles », conférence d'ouverture du colloque Vieillissement et santé : idées reçues, idées nouvelles, Santé, société et solidarité n°1 pp 13-15

[14] Puijalon B., (2008), Repenser le discours social à l'endroit des vieux, in Vieillissement et santé : idées reçues, idées nouvelles. *Santé ,société et solidarité* n°1, p41

de vieillards associée à une dénatalité fut analysée comme les facteurs du déclin. Patrice Bourdelais explique que la notion du vieillissement a contribué à figer la représentation, et instaurer une résignation de la société de sa vieillesse fléau (P. Bourdelais, 2007). Cette vision explique le phénomène de l'âgisme qui pour François de Singly permet de nier l'avancée en âge, de la dévaloriser. Utilisé, en 1969, par Robert Butler aux États-Unis, l'âgisme apparaît comme un mécanisme de discrimination par l'âge, « *toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'âge sont qualifiées d'âgisme* ». Il existe plusieurs formes d'âgisme. Le premier est l'âgisme compatissant, ce que Louis Ploton appelle « la gentillothérapie ». « *Le vieux devient objet de soin et d'assistance. Le vieux qui a des désirs, le vieux qui veut rendre service, le vieux qui peut agir sur sa vie disparaît ; il n'existe, plus »*[15]. Le deuxième type est l'âgisme marchand : le marketing, le même qui évoque la typologie des Masters, libérées paisibles…donnant une image du vieux qui ne vieillit pas et qui met de côté le quatrième âge ou encore les personnes en fin de vie Enfin il y a l'âgisme conflictuel, la guerre des âges des actifs envers les personnes âgées les accusant de tous les maux. Alors oui, la fin de vie fait peur. Car la vieillesse est associée à la mort, «*la majorité des décès sont dans la vieillesse, mais dans la représentation sociale, cela renforce l'image négative du vieux* »[16], « *le fait que la vieillesse soit taboue interdit aux personnes âgées d'en parler comme expérience personnelle* » (J-C Henrard, 2007).

Les trajectoires du vieillissement sont multiples : elles dépendent des facteurs culturels, génétiques mais elles dépendent également de l'environnement social plus ou moins porteur. Caradec rappelle que la vieillesse n'est pas forcément subie. Chaque personne développe des stratégies. Le grand âge est celui de la déprise qui désigne « le processus de réaménagement de la vie qui de produit au grand âge et qui consiste en une baisse des activités et s'opère à travers des stratégies et des capacités d'adaptation qui permettent de conserver les activités qui font le plus d'importance pour soi et donnent un sens à sa vie ». Ce processus de déprise sera plus ou moins fort en fonction des conditions de vie et de la notion de bien-être qui permettent de conserver l'estime de soi, l'acceptation de ne plus avoir les mêmes activités qu'autrefois. Redonner une place à la vieillesse passe par l'acceptation de la différence d'âge. Bernadette Puijalon rappelle que la différence à prendre est celle de l'expérience des différents temps de la vie. Elles distinguent ainsi trois figures, le guide, le témoin et le passeur. Le sénior représenterait celui du guide qui répond au junior, une altérité qui permet

[15] Cité par François Blanchard., « La vieillesse, c'est le déclin on n'y peut rien » ,Vieillissement et santé : idées reçues, idées nouvelles. *Santé ,société et solidarité* n°1, 2008.
[16] Puijalon, *op.cit*

de poser une différence, une possibilité d'échange qui permet au sénior d'être reconnu et de marquer son utilité sociale. La deuxième figure est celle du témoin celui qui établit le lien entre le passé et le présent faisant le lien entre la mémoire et l'histoire. Le passeur est quant à lui dans une autre dimension : il témoigne par sa longévité et « *ouvre l'avenir au jeune en lui prouvant que la vie est longue* ». Si le guide est dans le « faire » et le témoin dans le « dire », le passeur est quant à lui dans « l'être », celui qui change de rive sans la connaître. Cette typologie vise à modifier le regard de nos sociétés qui tend à considérer « *les âges de la vie comme une ascension suivi d'un déclin plateau et d'un déclin.* » (B. Puyjalon, 2008).

L'été 2011 est sans doute emblématique du changement de regard de la vieillesse. Deux documentaires sont sortis entre le mois d'août et le mois de septembre : « L'art de vieillir » de Jean-Luc Reynault[17] dont l'objectif majeur est de « balayer l'idée reçue de la vieillesse naufrage ». Le 14 septembre 2011 le film « le sens de la vie » est sorti à Paris dans deux salles. Ce film va aussi à l'encontre des préjugés. Ce documentaire interroge six personnes de 73 à 85 ans sur la façon dont elles vivent leur vieillesse. Le réalisateur n'a pas voulu réaliser un film sur les vieillesses, comprenant alors toutes formes du vieillir. Ce qui l'a intéressé c'est le regard des aînés sur leur propre vieillesse. Les octogénaires parlent de leur quotidien avec sérénité et apparaissent bien pour certain comme étant dans le chemin entre le témoin et le passeur : « *Je ne vois pas en moi l'image d'un nonagénaire, je ne tiens pas que l'on me le fasse remarquer. Tant que je suis valide, je suis chez moi, je suis mon maître, j'apprécie ma grande indépendance, je suis bien comme çà. C'est le meilleur moment de ma vie* »Jean 89 ans, ancien instituteur, fait du yoga tous les matins.

« *La nature nous rappelle qu'on vieillit, mourir ça peut aller, souffrir c'est autre chose. Faire le deuil de ses oreilles, de marcher vite, tu es essoufflée, on ne peut plus être comme avant… Qu'est- ce qu'il y a au bout de vie ? Il y a une légèreté dans la vieillesse, on se débarrasse*

[17] « Deux hommes et deux femmes, de 77 à 90 ans, libérés du jugement d'autrui, entrelacent leur art de vieillir dans une plénitude inattendue. D'un autre côté, les parents de l'auteur vivent une vieillesse douloureuse, sous l'empire de la maladie. Dans cet entre-deux, entre peine et plénitude, le film se fraye un passage et se propose de balayer l'idée reçue que la vieillesse est un naufrage. Il donne à voir, tout simplement, qu'elle peut être un très bel age. Car ils existent, ces vieux sans vieillesse, ces vieux fous, ces vieilles folles, ces vieux amoureux, ces vieux qui jouissent, ces vieux qui s'accomplissent, ils existent entre horreur et merveille, comme des funambules sur le fil du temps. Ce film s'adresse à tous ceux qui ont peur de vieillir : il les invite à se lancer, sans appréhension, dans l'exploration d'un continent trop mal connu : le pôle Nord de l'existence humaine. » http://www.les-films-en-hiver.com/art-de-vieillir.html

des choses inutiles », Jacqueline 81 ans ancienne psychanalyste. « *La vieillesse, ce n'est pas une perte de quelque chose, c'est un autre état* » Roger, 84 ans ancien ouvrier forestier.

Illustration n° 1 : affiche du f'lm .de Ludovic Virot, *Le sens de l'âge*

L'avancée en âge oblige à avoir un autre rythme de vie, à repenser son rapport à l'autre et à l'espace et au temps : « *les personnes qui vieillissent mettent en place sur des temporalités plus ou moins déployées de nouvelles donnes dans leur rapport à l'environnement urbain, certains lieux sont délaissés, car étant bruyants, difficiles d'accès, d'autres sont au contraire privilégiés car correspondant davantage à leur rythme, leur attentes. Les personnes âgées se ménagent et se risquent afin de préserver des liens avec divers espaces et activités privilégiées parcourus et vécus en bonne concordance* » (S. Clément Mantovani M. Membrado 1996). Françoise Bouchayer reprend la réflexion de Chombart de Lowe en 1977 dans laquelle on peut remplacer le mot enfant par personnes âgées : « *le territoire actuel des enfants n'est qu'une solution d'ajustement au milieu plus ou moins difficile selon les univers de socialisation, une forme de réponse aux projets de la planification urbaine, tous deux*

relevant du système social ». Il y a opposition entre l'ajustement naturel des temporalités et du rapport à l'espace des personnes âgées et le rapport spatio-temporel des actifs qui pensent la ville.

Les sociologues préfèrent la notion de profils plutôt que des catégories d'âge, de niveau de dépendance ou de catégories sociales. Quatre profils sont repérés[18]: les « sédentaires vieillissants », « les travailleurs extérieurs» retraités ayant eu des différenciations marquées entre le lieu de résidence et le lieu professionnel, les « habitants nouveaux résidents » qui ont migré vers d'autres territoires pour leur retraite et enfin « les habitants intermittents à la double résidence ». Ces quatre profils « sociologiques » sont des chemins de réflexion géographique car ces personnes s'investissent différemment dans leur territoire de vie et ont donc, en fonction des périodes de leur vieillesse, des dynamiques spatiales contrastées.

1.2 LE TERRITOIRE, AU CŒUR DES ENJEUX DU GRAND ÂGE

1.2.1 Territoire et vieillissement : un objet de recherche transversal

Le territoire est bel et bien au cœur des enjeux du vieillissement et de la gérontocroissance La géographie trouve ici toute sa place pour tisser les liens entre les différents champs d'études associés au vieillissement, car cette thématique est transversale. Avec le grand âge, le territoire parcouru se retreint : il est impossible de l'appréhender sans prendre en considération la santé, les sociabilités, le cadre de vie, la trajectoire de la personne, les dynamiques démographiques, les politiques publiques, l'aménagement du territoire. La compréhension de la perte d'autonomie dépasse de loin la simple vision médicale et s'ouvre alors sur l'ensemble des sciences sociales dont la géographie fait partie : démographie, sociologie, anthropologie, philosophie, psychologie ont contribué depuis longtemps à éclairer la compréhension des vieillesses. La géographie est elle-même plurielle et a développé des géographies plus spécialisées que sont la géographie sociale, la géographie de la santé, la géographie urbaine … Notre objet de recherche se positionne au croisement des approches des sciences sociales et de fait au croisement de la gériatrie et de la gérontologie. La gériatrie est une spécialité médicale étudiant le vieillissement de l'organisme humain et de ses pathologies. La médecine gériatrique est concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des malades âgés en particulier lors des soins aigus, chroniques, de

[18] Mouriesse B., Puijalon B., Regards croisés d'une anthropologue et d'une psychologue, « *Vieillir dans son quartier, dans son village. Des aménagements à inventer ensemble* ». Pages 33-35

réhabilitation, de prévention, et de fin de vie. La gérontologie est quant à elle une discipline qui étudie tous les aspects du vieillissement faisant ainsi appel à la médecine, la psychologie, la sociologie[19], le droit… Si la gérontologie est pluridisciplinaire, elle est souvent associée à la gérontologie. Les Master de gérontologie comme celui de Montpellier créé par Le Professeur Claude Jeandel[20] ou encore le Master européen de gérontologie des professeurs Kees Knsipscheer et Jean-Claude Henrard[21] forment des professionnels qui seront des acteurs des territoires comme des coordinateurs du Centre de Liaison d'Information et de Coordination (CLIC), des directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) par exemple. Ainsi, les géographies s'inscrivent-elles dans cette démarche scientifique qui vise à appréhender globalement les personnes âgées pour mieux comprendre leur mode de vie, leurs pratiques spatiales, l'environnement dans lequel elles vivent. Les enjeux sont nombreux en matière de prévention, d'accompagnement au quotidien mais aussi en termes de politiques publiques et d'aménagement du territoire Les pratiques spatiales des personnes âgées sont un observatoire de leur état de santé, de leur intégration dans la société et, en retour, de la société tout entière.

1.2.2 Du territoire au territoire de vie : des débats aux perspectives.

Le territoire est devenu depuis trente ans l'axe majeur des recherches en géographie, supplantant de fait la notion d'espace communément admise. Des controverses disciplinaires ont animé la recherche en géographie depuis la consécration de la notion de territoire dans la politique de décentralisation mise en place à partir de 1982. Le territoire est avant tout un espace politique qui se décline dans l'aménagement du territoire à différentes échelles : État, région, département, commune, communauté de communes, pays, la liste est longue et sous-entend une action politique, donc, des territoires politiques. La géographie sociale a voulu se démarquer de ce regard institutionnel en privilégiant non l'espace politique mais l'espace social. Les deux approches avec d'une part le territoire en tant qu'espace vécu, ressenti approprié par les populations et s'inscrivant dans des limites incertaines et, d'autre part, le découpage administratif ou politique de l'espace à des échelles différentes sont à l'origine des controverses en sciences sociales[22].

[19] Dictionnaire de la gérontologie sociale, 2010, page 116
[20] http://master2geronto.étud.univ-montp1.fr/

[21] http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad446767.pdf
[22] Ces polémiques ont conduit au colloque « Territoires, territorialité, territorialisation, controverses et perspectives » Les questions étaient les suivantes : est-ce que le fait d'habiter le même espace géographique et

Dans sa définition la plus courante, le territoire se définit comme « *une portion de la surface terrestre, appropriée par un groupe social pour assurer sa reproduction et la satisfaction de ses besoins vitaux* »(M. Le Berre, 1995). Le territoire est multiscalaire : « *il s'élargit ou se rétrécit à la mesure des âges, des sexes, des classes sociales, des possibilités de déplacement* » (A. Gilbert, 1985). Pour Claude Raffestin, le territoire s'analyse selon deux entrées : il résulte de l'action des sociétés et de celui des systèmes de représentation. Il réunit des lieux, des relations sociales et des valeurs psychologiques inhérentes de chaque individu. « *Le territoire est un espace social un espace vécu, perçu et ressenti* »(A. Bailly, 1995). L'individu développe un sentiment d'appartenance au territoire, chargé de valeurs et de symbolique. L'attachement au quartier se traduit par un sentiment de bien-être ou de mal-être fortement lié à la perception de chacun. « *l'individu est de plus en plus au centre de la vie sociale, de ses pratiques et de ses représentations : par ce processus « d'individuation » il en retire une autonomie croissante des individus et une appropriation individuelle de plus en plus marquée de l'espace et du temps* »(F.Ascher, 2008).

France Guérin-Pace[23] évoque une manifestation de l'identité spatiale entraînant un sentiment d'inscription spatiale. Chaque individu possède une relation intime avec ses lieux de vie. Ti Fu Yuan[24] insiste quant à lui sur l'expérience personnelle et le fait de faire corps avec le lieu et l'espace. Il évoque les capacités, les compétences et les connaissances spatiales des individus qui contribuent à produire de l'espace par leur expérience. Le territoire contient un caractère subjectif qui correspond aux expériences individuelles qui s'y déploient et que le territoire rend possible. Pour Hélène Velasco-Graciet[25], « *l'expérience individuelle permet d'acquérir et de développer une connaissance territoriale soit par les sens, soit par l'apprentissage (soit par les deux)* ». Le territoire est un espace social idéel et matériel (G. Di Méo, 2005) : Bernard Debarbieux le définit comme un « *agencement de ressources matérielles et symboliques capables de structurer les conditions pratiques de l'existence d'un individu ou d'un collectif social et d'informer en retour cet individu et ce collectif sur sa propre identité* » Pour Antoine Frémont,[26] le territoire est avant tout un espace de vie qui se confond avec l'aire de ses pratiques spatiales. Mais qu'entend-on par pratiques spatiales ? Il

---

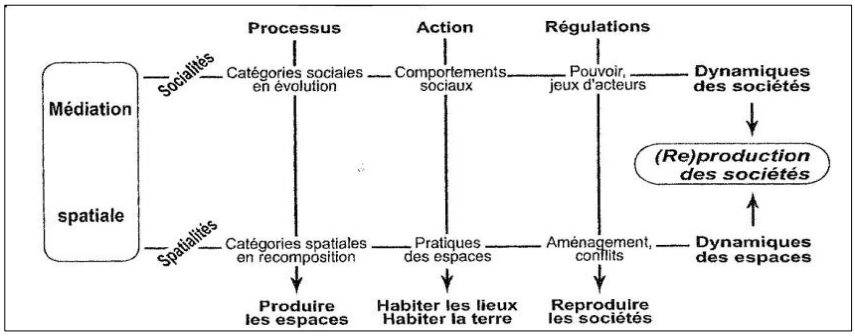
de fréquenter les mêmes lieux font lien social ? Y aurait-il une territorialité qui serait le fruit de cette proximité des lieux de vie et qui transcenderait les configurations et l'appartenance de classe.

[23] Guérin-Pace F, (2007), *Le quartier, enjeux scientifiques, actions publiques et pratiques sociales*, La Découverte, Paris, p.151
[24] Yuan T.F, (1977), *Space and place, the perspective of experience*, Edward Arnold Publishers, London, 235p.
[25] *Op.cit*
[26] Frémont A.,(1999), *la région, espace vécu*, Flammarion, Paris, coll. « Champs »

s'agit des mobilités liées aux liens sociaux, aux modes de vie, aux besoins quotidiens qui contribuent à l'appropriation du territoire. Dominique Argoud décrit quant à lui des relations spatiales socialisées[27]. L'espace vécu se matérialise chez les habitants par le quartier qui représente l'espace des pratiques quotidiennes. Cet espace vécu se traduit par des territorialités individuelles ou collectives.

Le territoire, outre sa dimension matérielle et idéelle, est également pour Bernard Debarbieux une configuration spatiale où s'exerce un lien de pouvoir, une entité constituée selon un emboîtement d'échelles. Il est un construit social et un médiateur des relations sociales. Il est alors « support, produit et objet »[28]. Bernard Ellisale évoque le territoire comme un système complexe, « *il s'insère dans un système spatial, au sein duquel il fonctionne selon une boucle de rétroaction avec la société, qui aménage, gère et organise le territoire, tandis que le territoire rétroagit sur la société* ». Pour certains géographes cette idée de complexité permet de relativiser l'idée d'appropriation, souvent explicative du processus de territorialisation. Pour Ellissalde la notion de territoire sous-entend une indifférence scalaire « *à partir du consensus autour de l'idée d'espace conscientisé, il y aurait autant de tailles de territoires que de possibilités pour des groupes de partager un même rapport aux milieux, une même territorialité.* » Raymonde Séchet propose un schéma explicatif (Figure 1) de la dimension spatiale des sociétés dans lequel elle différencie deux entrées : d'une part, le territoire par le bas, vécus par les habitants, étudiés en tant qu'espaces de pratiques et d'appropriation et d'autre part, le territoire par le haut, territoires du politique, donnant un cadre réglementaire à l'origine des territorialités.

Figure 1 - La dimension spatiale des sociétés



Source : UMR 6590ESO©2008[29].

[27] Argoud D. *et al*, (2004), *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge* ; Dunod, p.51-74
[28] Cité par Hélène Velasco-Graciet *op.cit*
[29] Séchet R., Keerle ,(2008), » Petite histoire des délicatesses » , Vanier M (dir)(2008), *Territoires, territorialité, territorialisation. Controverses et perspectives*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, page 92

Entre appartenance sociale et appartenance territoriale (c'est-à-dire politique) quelle posture privilégier ? [30] Mais faut-il trancher ? Pourquoi ne pas considérer ces deux approches comme un tout, comme un entrelacement ? Si la notion de territoire fait appel aux politiques publiques, aux acteurs territorialisées, elle fait également appel aux pratiques spatiales des individus et à leur production d'espace qui produisent des types de territorialité, symboliques des besoins individuels et collectifs.

L'espace fait territoire, car il est à la fois le support, le produit et le théâtre des enjeux des rapports sociaux.[31]Espaces de vie ou territoire de vie, voilà la question posée. Quelle notion privilégiée pour évoquer les lieux parcourut au quotidien par les personnes âgées dans Paris, leurs pratiques spatiales, leur appropriation de l'espace? Gui Di Méo dans son dernier ouvrage, évoque l'espace de vie des femmes bordelaises : nous préférons la notion territoire de vie qui nous semble plus adaptée car elle intègre un véritable système[32] Comprendre un territoire, c'est mettre en évidence les interactions entre ses différentes composantes et non pas les considérer comme des couches successives (B. Ellisalde, 2001)

Le territoire de vie des personnes âgées est un espace vécu qui s'insère dans un espace urbain ou rural, qui est à la fois le *support* de leur mobilité, de leur appropriation de l'espace par des pratiques spatiales associées à des liens sociaux qui forment leurs territorialités, un support dans lequel se trouve une offre de services et, donc, une multitude d'acteurs. L'échelle privilégiée est celle du quartier, de l'îlot ou de la rue au sein desquels une personne habite et d'où elle se déplacera. Son territoire de vie se délimite aux lieux côtoyés du quotidien mais aussi temporairement dans le cas des doubles résidences : il est donc à géométrie variable. Le territoire de vie est aussi un *produit* de l'histoire locale et régionale, des différentes politiques publiques liées à la politique de la ville en matière d'aménagement du territoire, en matière de santé : le territoire de vie d'une personne âgée s'insère dans des territoires administratifs, sanitaires, gérontologiques, citoyens avec les conseils de quartier. Enfin, le territoire de vie d'une personne âgée est au *cœur des enjeux* actuels : maintenir sa mobilité et son autonomie dans un environnement qui favorise la qualité de vie et le bien-être et qui permet de rester

[30] Renard J., « Vanier(M).(dir)-Territoires, territorialité, territorialisation, Controverses et perspectives », *Norois* [en ligne], 210|2009/1, mis en ligne le 01 mars 2009, consulté le 1o octobre 2010. URL : http://norois.revues.org/2770

[31] Salem G., *La santé dans la ville,* Editions Khartala–Orstom, *410p.*

[32] Moine, A., le territoire comme un système complexe, 21p ; en ligne http://foad.refer.org/IMG/pdf/4208-intelligence-territoriale-territoire-et-définitions.I;pdf

intégrer dans la société en prenant en considération les besoins de la personne : il y a autant de territoires de vie et d'appropriation que de manières de vieillir.

1.3. QUALITÉ DE VIE ET BIEN ÊTRE AU GRAND ÂGE EN VILLE : QUELLE PERTINENCE AU REGARD DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

1.3.1 Vieillissement et développement durable

Appréhender les territoires de vie des 75 ans et plus, et de fait les logiques qui les sous-tendent, suppose de les intégrer dans la dynamique du développement durable et en particulier de la ville durable. Les territoires de vie individuels à échelle locale sont à recontextualiser dans une dynamique multiscalaire : chaque territoire s'insère dans des territoires à géométrie variable du local au global.

Le développement durable est apparu officiellement en 1987. Il est défini par le rapport Brundtland commencé e *le développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* ». Les trois piliers du développement durable environnemental économique et social sont bien connus. Lors du Sommet de Johannesburg en 2002, deux sous-piliers se sont ajoutés : le culturel et la gouvernance participative. Parallèlement en 2002, le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement offre « *un cadre permettant d'intégrer la problématique du vieillissement de la population dans le débat international du développement et de mettre en place des politiques nationales susceptibles de répondre au défi d'œuvrer pour l'émergence de sociétés ouvertes à tous les âges. Le Plan met en priorité sur l'intégration du vieillissement dans l'agenda international, sur la promotion de la santé et du bien-être jusque dans le troisième âge, et sur la création d'environnements porteurs et favorables pour les personnes âgées. Créer une société pour tous les âges nécessite à la fois un solide partenariat mondial, mais aussi le renforcement des partenariats nationaux entre tous les niveaux des pouvoirs publics, de la société civile, du secteur privé et des associations de personnes âgées qui s'emploient à mettre ce plan d'action en pratique* »,[33] En 2009, le lien entre développement durable et vieillissement est effectué officiellement par le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU dans la rubrique « *La situation économique et sociale dans le monde en 2007 du Rapport sur le développement durable dans un monde vieillissant* »[34] où

[33] http : www.un.org/french/ageing
[34] http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess_overview_fr.pdf

trois défis sont soulignés : la viabilité financière des régimes de retraite, le coût des régimes de santé et la pleine intégration des personnes âgées en tant que partenaires actifs du développement de la société. De l'échelle globale à l'échelle locale le vieillissement est ainsi devenu une priorité.

1.3.2 Vieillissement et ville durable : un paradoxe ?

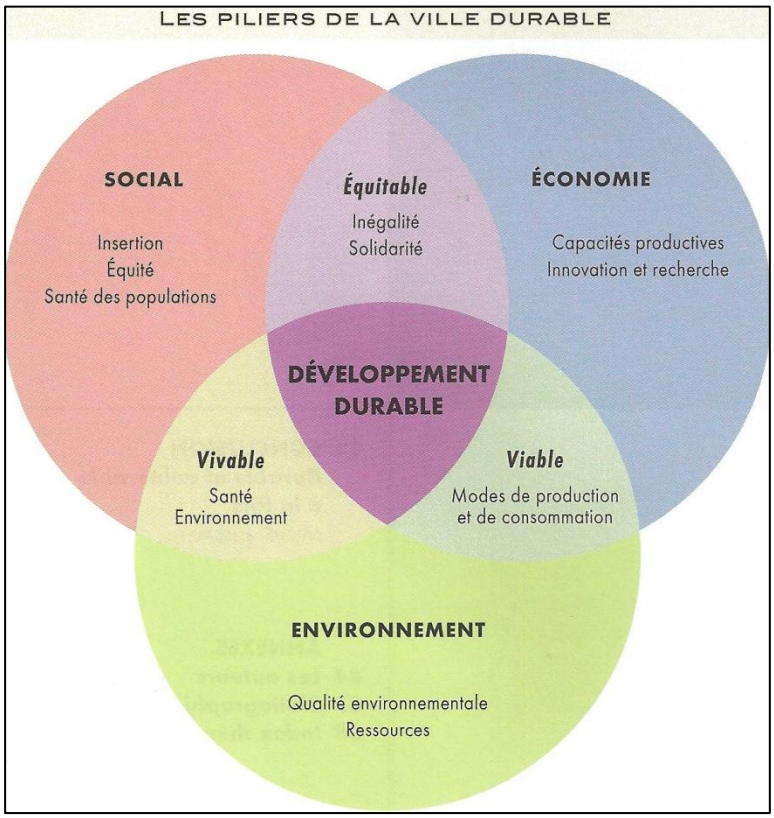
Alors que représente vieillir dans une ville durable ? Yvette Veyret et Renaud le Goix apportent les éléments d'une définition, qui n'existe pas en tant que telle : « elle est d'abord un projet à construire et une démarche qui doivent être collectifs, réunissant les acteurs locaux autour d'une volonté commune, d'un projet politique ». [35] La ville durable est une « ville à vivre » pour tous les âges qui s'appuie sur les principaux piliers du développement durable.

Georges cavalier évoquait, en 2004, lors de l'ouverture du colloque « Villes et vieillir » les principaux enjeux du vieillissement urbain :[36]« *L'augmentation en nombre oblige les responsables à répondre aux besoins de cette population en matière de transports, d'habitat et de services. L'étalement périphérique autour des agglomérations provoque une décohabitation des âges avec le retour des personnes âgées vers le centre et l'éloignement des familles vers la banlieue plus lointaine. Les banlieues non aménagées pour des non actifs, sont-elles mêmes touchées par la vague du vieillissement. Mieux aménager l'espace urbain, c'est l'adapter, mais en évitant de spécialiser les territoires pour un troisième ou un quatrième âge au risque de rejeter la vieillesse de la société urbaine. Il faut donc connaître les attentes, les besoins, les aspirations, les modes de vie des personnes âgées, respecter le libre arbitre des citoyens âgés, ne pas penser à leur place : l'enjeu est de taille : bâtir une société urbaine pour tous les âges* ». Son discours s'insère dans cette vision d'une ville durable où l'amélioration du cadre de vie prend en compte les besoins de tous les citoyens y compris les citoyens « fragiles » que sont les personnes âgées, les personnes à mobilité réduite chroniques ou momentanées, Équité sociale, mixité fonctionnelle, sociale et intergénérationnelle, une ville où les citoyens sont acteurs quel que soit leur âge intégrés dans la négociation, la concertation et la discussion avec les différents types d'acteurs. La ville durable associe un cadre de vie de qualité et de bien-être mais aussi la capacité pour les citoyens de participer à sa gouvernance.

[35] Veyret Y ;, Le Goix, R., Atlas des villes durables. Ecologie, urbanisme, société : l'Europe est-elle un modèle ?, Collection Atlas/monde , Editions Autrement, 2011, page7

[36] Cavallier, G., (2004) Vieillir, un enjeu urbain, Villes et vieillir, institut des villes, collection villes et société, La Documentation Française, pp17-29

Figure 2 : les piliers de la ville durable



Source : *Atlas des villes durables*, page 6

Le développement durable est entré dans les politiques publiques et s'est territorialisé : en France, la loi de solidarité et renouvellement urbain (SRU) de 2000 fait du développement durable l'une des conditions de la mise en œuvre de la planification urbaine auquel s'ajoute le projet durable du plan local d'urbanisme (PLU). Les objectifs visent à développer le polycentrisme et la mixité des fonctions urbaines, à privilégier un environnement de qualité, à favoriser la cohésion sociale pour garantir plus de sécurité et préserver la santé, à maîtriser le foncier[37]. En 1992 la conférence de Rio élabore la notion d'agenda 21 (action 21)[38], véritable fondement de la ville durable, les agendas 21 fixent les objectifs pour des territoires (commune, communauté d'agglomérations, départements, région…). Ils nécessitent une

[37] *Op. cit.*

[38] Article 28.1 » Les problèmes abordés dans Action 21 qui procèdent des activités locales sont si nombreux que la participation et la coopération des collectivités à ce niveau seront un facteur déterminant pour atteindre les objectifs du programme. En effet, ce sont les collectivités locales qui construisent, exploitent et entretiennent les infrastructures économiques, sociales et environnementales, qui surveillent les processus de planification, qui fixent les orientations et la réglementation locales en matière d'environnement et qui apportent leur concours à l'application des politiques de l'environnement adoptées à l'échelon national ou infranational. Elles jouent, au niveau administratif le plus proche de la population, un rôle essentiel dans l'éducation, la mobilisation et la prise en compte des vues du public en faveur d'un développement durable.
En ligne : http://www.un.org/french/ga/special/sids/agenda21/action28.htm, consulté le 1er septembre 2011

approche sociale fondée sur l'équité. De nombreuses villes ont maintenant leurs agendas 21. d'Orléans à Annemasse, de Bordeaux à Lille. A Paris l'agenda 21 est constitué de 37 actions labélisées (cf. annexe 2)

La reformulation des politiques territoriales en matière de développement durable implique une approche globale de la ville, qui« *embarque tous les aspects de la vie en société et qui ne peut s'extraire d'une prise en considération permanente des problèmes de justices spatiales.* » (M. Lussault, 2011). Ainsi la justice spatiale évoquée par Michel Lussault fait-elle appel à un autre courant de recherche développé en France depuis vingt ans : le concept de justice environnementale et d'inégalités écologiques. La justice environnementale est apparue aux États-Unis en 1970 puis en Grande-Bretagne dans les années 1990 : elle s'appuie sur les droits naturels de l'homme, le droit apparaissant comme étant la réponse publique aux inégalités pour améliorer le développement urbain la protection de l'environnement et la santé. La lutte contre les inégalités écologiques prend ainsi place dans les jeux d'influence et la marge d'actions publiques et privées impliquées dans l'habitat, l'urbain, le social, l'environnement et la santé. La vision française se différencie de la vision anglo-saxonne qui laisse penser que l'injustice environnementale est en réalité le cumul des discriminations raciales, sociales et environnementales alors que la vision française évoque davantage une conjugaison entre des mécanismes inégalitaires dans l'accès et la production du cadre de vie. Selon L. Laigel et Oehler, la problématique des inégalités écologiques peut être appréhendée à travers des inégalités sociales du territoire qui incluent les inégalités d'accès à l'urbanité et à la qualité du cadre de vie.[39]

1.3.3 Enjeux territorialisés du vieillissement de la population

Si les représentations sociales de la vieillesse sont souvent négatives, les représentations « économiques » de la vieillesse et de la dépendance le sont aussi. Pour l'INSEE, la prévision démographique est majeure pour anticiper à toutes les échelles les conséquences du vieillissement :

« Comprendre et prévoir les structures démographiques de demain est un élément essentiel à la réflexion de l'aménagement durable du territoire. En effet, les dynamiques démographiques, qu'elles soient naturelles ou migratoires, réorganisent et structurent les

[39] Cité par Sandrine Manusset , Ari Brodach et Laurent Marchais in pour une approche des inégalités écologiques à travers la définition de la « qualité du cadre de vie », page 2. En ligne :http.developpementdurable .org.

territoires à travers l'habitat, les déplacements, l'occupation des sols, l'offre de services et d'équipements... Par ailleurs, le vieillissement de la population d'un territoire se répercute sur son économie et la structure de ses emplois. L'augmentation des emplois d'aide aux personnes âgées ou dans les structures d'accueil en est une traduction. À l'échelle nationale, le rapport entre la population de 60 ans et plus et la population active, celle de 20 à 59 ans, donne la mesure démographique de la dépendance économique. La solidarité générationnelle est aussi un des fondements du développement durable. Face au vieillissement de la population, satisfaire les besoins des générations présentes, en particulier ceux des personnes âgées, demande des adaptations. Certaines relèvent de décisions nationales, comme le financement des systèmes de santé publique et des régimes de retraite. D'autres dispositifs, comme le développement de services d'aide à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie, sont financés ou bien mis en place localement. Les évolutions démographiques à l'échelle départementale doivent donc être prises en compte. [40]*»*. Ces enjeux territorialisés montrent bien l'enchevêtrement des territorialisations entre d'un côté une meilleure adaptation à échelle locale de l'offre de proximité dont l'offre de soins, d'une adaptation des territoires en matière de besoins individuels et collectifs dans les espaces ruraux et dans les espaces urbains. Le financement du régime des retraites et des aides individualisées liées à la dépendance sont posés. Ils ont fait l'objet, en 2011, d'un rapport sur lequel nous reviendrons dans les chapitres 3 et 9.

Tout comme l'Insee, le Conseil d'analyse économique a établi trois scénarios du vieillissement et de son impact sur les territoires et les populations pour la France de 2030 pour mieux répondre aux enjeux du vieillissement.

Le scénario gris est celui de la continuité. Il s'appuie sur « *un vieillissement plus prononcé : l'allongement de la durée de la vie et le caractère chaotique des carrières de certains jeunes dégradent les rapports intergénérationnels. La majorité des retraités vieillissent dans des espaces péri-urbains, mal aménagés en termes de transports et d'accessibilité. Le logement devient un souci majeur avec la hausse de la pression foncière, accroissant les inégalités. Le système national de solidarité est en difficulté : l'État providence ne peut plus faire face à la montée de la demande en matière de sécurité, de qualité et d'accessibilité du système de soin. La gérontocratie augmente, une concurrence oppose les territoires jeunes aux territoires vieux. La croissance économique progresse très lentement, la spéculation bouleverse les*

[40] Insee.fr

systèmes financiers. Les territoires dynamiques sont ceux qui ont su anticiper le vieillissement en se rendant attractif, contrairement à ceux qui se vident et se paupérisent ».

Le scénario rose l'âge d'or des cheveux gris est le scénario « idéal ». *Il s'appuie sur une fécondité haute, une croissance équilibrée, dynamisée par une Europe à 28 qui a su rendre compatibles les systèmes de sécurité sociale entre eux et dynamisée par une économie saine, tirée par les activités présentielles (les activités touristiques et résidentielles), un chômage en baisse, des territoires en concurrence mais régulée par l'État qui encourage la solidarité entre eux.*

Enfin, le dernier scénario, le noir, est le plus catastrophique : « *le vieillissement par le bas s'accroît et provoque l'effondrement de la société. Les affrontements entre générations sont sévères, les jeunes refusent de payer pour les vieux. Les inégalités socio spatiales sont de plus en plus en fortes, l'économie est exsangue, l'inflation en hausse, la dette publique affaiblit et décrédibilise l'État français à l'international, le chômage enfonce les Français dans la pauvreté, une concurrence exacerbée entre territoires entraîne des abus. Les entreprises délocalisent vers les pays les plus pauvres* ».

Ces trois scénarios permettent à leurs auteurs de mettre en évidence les enjeux du vieillissement sur les territoires : permettre les choix de vie indépendamment de l'âge en prévenant les fractures et les oppositions entre les âges et adapter les services au vieillissement de la population avec l'objectif majeur de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à leur domicile. Cela suppose que les espaces communs des villes et des logements soient adaptés de façon à permettre la circulation des personnes à mobilité réduite ; que les aides à domicile soient professionnalisées. Le deuxième enjeu est le maintien des activités sur le territoire : renforcer l'offre de transport pour permettre la mobilité à tous âges. Les personnes âgées sont de plus en plus mobiles, mais vieillissent là où elles ont vécu. Cela induit le renforcement de l'économie présentielle qui pour Laurent Davezies est l'économie dynamique par excellence des territoires à échelle locale, car elle développe des pôles de qualité de vie et de services.[41]

---

[41] **On distingue l'économie résidentielle de l'économie présentielle.**

L'économie résidentielle peut être définie comme l'ensemble des activités économiques majoritairement destinées à satisfaire les besoins des populations résidant sur un territoire. S'appuyant sur la consommation locale, elle s'oppose aux activités économiques dont l'existence dépend majoritairement d'une demande extérieure au territoire et qui sont soumises à la concurrence des activités économiques identiques présentes sur

Les enjeux économiques, sociaux sanitaires et politiques du vieillissement, sont territorialisés : le développement durable n'est pas une réponse en soi mais un fil directeur qui permet une cohérence d'actions entre les différents acteurs des territoires.

1.3.4 Santé, qualité de vie et bien- être au grand âge

À l'échelle des individus, les enjeux essentiels sont de vieillir dans un environnement urbain apportant qualité de vie et bien-être en maintenant son autonomie et en restant intégrer dans la société. Ces notions font écho à la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la santé en 1946 « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistent pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». La santé est au cœur du développement durable puisqu'elle est le produit de facteurs environnementaux, économiques et sociaux. La santé des aînés est une préoccupation majeure pour les personnes âgées d'abord, pour les familles lorsque des problèmes de santé entraînent des incapacités fonctionnelles conduisant à des formes de « dépendance » (chapitre 2) et pour l'ensemble des acteurs politiques chargés de mettre en place l'offre de soins ou l'aide personnalisée d'autonomie (APA). La santé dans son acceptation globale s'appuie sur les notions de qualité de vie et de bien-être. « *Qualité de vie et bien-être sont liés, mais ne se superposent pas : le bien-être assure la qualité de la vie et la qualité de vie est un bien à défendre ou à conquérir* » (S. FLEURET, 2007). Le bien-être quant à lui peut se définir selon Antoine Bailly comme un « *Rapport à la conscience, rapport à la société, rapport à l'espace, le bien-être est une notion qui fait appel aux analyses individuelles et collectives. Il nous renvoie à la totalité des relations entre la société, les hommes et le milieu* ».[42] Ce bien-être (well-being) est à distinguer de la bonne forme (wellness) et demeurent bien subjectifs et difficile à évaluer. Il est le résultat d'une relation subjective entre la personne et les valeurs auxquelles elle aspire, valeurs morales, culturelles, politiques et économiques (Antoine Bailly, 2007). Dès 1986, la charte d'Ottawa est signée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé. Cette charte est un point de départ majeur pour la promotion de la santé, dans son acceptation globale. Santé, qualité de vie et bien-être sont au cœur d'une nouvelle vision du vieillissement qui souhaitent

d'autres territoires. L'économie résidentielle a pour caractéristique de ne pas être soumise à une forte concurrence extérieure, même si, au sein du territoire concerné, la concurrence entre les activités résidentielles existe. Répondant aux besoins locaux des populations, elle n'est donc pas sujette à délocalisation. La définition de l'économie présentielle, qui présente les mêmes mécanismes économiques que l'économie résidentielle, est légèrement différente de celle-ci puisque son moteur n'est pas la consommation des seuls résidents d'un territoire, mais également celle des personnes présentes provisoirement sur ce territoire. A la différence de l'économie résidentielle, elle intègre donc notamment la présence touristique. http://www.senat.fr/rap/r07-468/r07-46822.html

[42] Bailly A., (1981), La géographie du bien-être, PUF, paris

modifier les représentations sociales négatives de la vieillesse : la Conférence de Madrid de 2002 s'appuie sur ces trois « piliers » pour mettre en avant la notion du vieillissement actif. « *Il consiste à optimiser le bien-être physique, social et mental tout au long de sa vie en vue d'alléger la durée de vie en bonne santé, la productivité et la bonne qualité de vie jusqu'à un âge avancé* » Ainsi le vieillissement n'est-il plus considéré comme une tare, mais comme une évolution normale de la vie qui doit se préparer en amont.

L'adaptation de la ville aux personnes âgées et d'une façon globale aux personnes fragilisées de tout âge par une mobilité réduite permanente ou momentanée est un enjeu de santé publique et, donc, un enjeu du développement durable. «*Faciliter la ville, c'est la rendre plus accessible et donc développer le bien-être et la santé mentale* » (J-YChapuis)».[43]

L'écoute des besoins des personnes âgées doit être une priorité des élus, des acteurs de proximité « *la forme de la ville, son image mentale, ne correspondent en rien à l'image que l'urbaniste et l'ingénieur planifient, on ne décrète pas sur une planche à dessin les rythmes qui rendent la ville plus ou moins vivable et solidaire. La ville existe quand les individus parviennent à créer des liens provisoires dans un espace singulier et se considèrent comme des Citadins.*» [44]

CONCLUSION

Le vieillissement inéluctable de la population nous conduit à reconsidérer nos représentations de la vieillesse. Tous les territoires sont touchés par le vieillissement et la gérontocroissance. Cela suppose une évolution de l'aménagement de nos villes : la ville durable doit intégrer ses populations âgées au même titre que les autres tranches d'âge. En cela la ville durable est une ville qui prend en charge tous ses habitants en matière d'emplois, de solidarité et d'adaptation de la ville aux personnes fragiles ou handicapées. La notion de ville durable est ici au cœur du processus urbain : celui de penser la ville pour tous.

Vieillissement réussi et développement durable sont donc deux priorités de l'échelle globale à l'échelle locale : pour qu'elles soient des axes à suivre, il est donc fondamental de décrypter au mieux les dynamiques et les besoins des personnes âgées. La géographie est bien ici une

[43] Chapuis J-Y, « Santé et urbanisme, comment traiter la question » in *Ville, santé et développement durable*, La documentation française, p256
[44] Mongin O., (2005), *La condition urbaine*, Collections Points, essais, page 48

discipline qui permet la transversalité dans l'objectif d'une aide à l'action des politiques publiques dans la meilleure compréhension des logiques socio spatiales.

CHAPITRE 2
LES DYNAMIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES 75 ANS ET PLUS À PARIS

INTRODUCTION

Les 75 ans et plus des Parisiens représentent 8% de la population de la capitale. Ils ont comme particularité d'être nés dans le premier tiers du XXe siècle. Ces femmes et ces hommes ont traversé une, voire deux guerres, et sont ainsi les témoins d'une époque de grandes transformations économiques, politiques, sociales et urbaines. Paris s'est modernisée, transformée, remodelée. Ces actifs ont pris leurs retraites à 65 ans pour la génération née entre 1912 et 1921, à 60 ans pour celle née après 1922. Ils forment une population très hétérogène, en fonction de leur âge, de leur état de santé, de leur trajectoire de vie et des conditions dans lesquelles ils vivent aujourd'hui.

Nous évoquerons d'abord les héritages de ces générations 1900-1934 en matière scolaire, économique et social. Il ne s'agit pas de retracer l'ensemble de l'histoire du XXe siècle, mais de cibler des événements ou des transformations évoquées par les personnes rencontrées lors des entretiens. Ensuite, nous nous promènerons dans XIVe arrondissement pour appréhender l'environnement urbain des aînés aujourd'hui.

2.1 L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIALE DU GRAND ÂGE DANS LA CAPITALE

2.1.1 Les générations du premier tiers du XXe siècle.

2.1.1.1 Les années d'enfance

Qui y a-t-il de commun entre Emma, 102 ans et Madeleine 75 ans ? Entre Jacques 91 ans et Robert 76 ans ? A priori, en dehors de la vieillesse, peu de choses tant les écarts d'âge sont importants. Quatre personnes, quatre trajectoires économiques et sociales différentes, et aujourd'hui quatre façons de vieillir très contrastées dans Paris. Ils forment une génération sociale et historique qui traversa les événements et les profondes modifications économiques, sociales, urbaines, sociétales du XXe. Les plus âgés, les centenaires, sont nés avant 1914.

Emma, 102 ans en 2008, relate avec fierté ce moment particulier de son enfance où elle faisait partie des élèves méritants sélectionnés pour assister au défilé de la victoire le 11 novembre 1918. Leurs parents et grands-parents ont reçu les premiers enseignements de l'école gratuite laïque et obligatoire de la troisième République. La classe creuse née, entre 1914 et 1920, fut élevée dans cet esprit patriotique exacerbé d'après-guerre. Sont nés ensuite les filles et les garçons des « années folles » et pour finir la génération de la crise économique qui atteint la France en 1931. Ils sont âgés de 5 à 31 ans en 1939 lorsque la guerre est déclarée. Contrairement à leurs enfants, ils forment la génération d'avant-guerre, avec un héritage politique et culturel commun.

La scolarisation de cette génération est marquée par l'essor scolaire des filles. L'école maternelle s'est développée depuis la fin du XIXe et demeure une école pour les pauvres : 27% des moins de 6 ans sont scolarisés en 1945-1946 (Bernard Marchand, 1993). En 1936, le front populaire étend la scolarité obligatoire à 14 ans. Les filles nées entre 1929 et 1938 dépassent pour la première fois les garçons de leur génération lors de l'entrée en 6^{e}: les taux de réussite étant 24,7% pour les filles contre 23,4% pour les garçons. Plusieurs sources permettent d'évaluer le taux de scolarisation et le niveau d'études de cette génération dont l'étude de l'INSEE, Formation-qualification Professionnelle de 1985. L'étude des destins scolaires de Jean-Pierre Terrail(1992), souligne les grandes inégalités de genre, d'une part, mais également sociales de l'autre quant au diplôme obtenu. Les garçons sont en majorité plus diplômés que les filles qui quittent généralement l'école après le certificat d'études primaires. L'apparition de la gratuité de l'enseignement secondaire permet aux filles d'accéder en nombre équivalant aux garçons au brevet (BEPC). En 1924, la loi modifie le baccalauréat et permet aux jeunes filles de passer le même diplôme que leurs frères, les programmes devenant commun. Selon l'étude de Chesnais (1975) le nombre de filles obtenant le baccalauréat est multiplié par sept entre 1920 et 1940. (cf. annexe 3) Pendant les années d'occupation, le nombre de filles continuent à augmenter contrairement aux garçons.[45] Les différentes sources permettent également d'observer un creux important entre 1931 et 1936. Il s'agit ici de l'impact des classes creuses de la guerre de 1914. Si les différences de genre sont importantes en particulier pour l'accès aux études supérieures, les différences sociales sont quant à elles majeures : 42% des fils de cadres supérieurs obtiennent alors un diplôme d'études supérieures (zéro pour les filles d'ouvriers). L'opposition ville-campagne se fait

[45] Chesnais J-C.(1975) La population des bacheliers en France, *Population*, n°3,

également ressentir dans les résultats scolaires : à la campagne, filles et garçons doivent quitter l'école après le CEP pour aider à la ferme.

Les établissements publics se multiplient dans Paris : cinq lycées de filles ouvrent leurs portes entre 1883 et 1914. Certains deviennent des internats comme Janson-de-Sailly et ouvrent des classes préparatoires aux grandes écoles. Malgré une grande capacité d'accueil ces lycées n'accueillent que 10% de la population des 14-18 ans entre les deux guerres.[46] L'enseignement supérieur est également en pleine croissance en France. Le nombre d'étudiants s'est accru de 45 100 en 1920 à 79 000 en 1939. À partir de 1935, les effectifs diminuent de 87 200 à 79 000, il s'agit ici du phénomène des classes creuses des enfants nés entre 1915 et 1919. En outre le taux de scolarisation dans l'enseignement supérieur progresse de 164 pour 10 000 à 249 pour 10 000 en 1936[47]. 40% des étudiants se concentrent dans la capitale représentant entre 20 000 et 32 000 étudiants entre 1920 et 1939. Si la guerre fait baisser les effectifs masculins en 1940, elle n'empêche pas la progression du nombre d'étudiants de l'ordre de 100 000 en 1945. La féminisation des effectifs progresse peu à peu entre 1920 et 1945 : elle représente 13% des étudiants en 1920, 24% en 1929, 30% en 1939 et 35% en 1945 principalement dans les universités de Lettres et de pharmacie.

Cette génération vit la guerre de 1939-1945: une partie d'entre elles quitte Paris au moment de l'exode et se réfugie à la campagne, puis en Zone Sud pour ceux qui y ont de la famille. De retour dans le Paris occupé, les quatre années qui suivent marquent cette génération ; une minorité s'engage dans la résistance dès 1940, certains seront attirés par le pouvoir et l'ordre et s'engageront dans la milice de Darnand dès 1943, dans l'école de la Milice rue d'Auteuil. Pour la majorité, les années de guerre sont avant tout des années de privations, de peur. Pour tous, la fin de la guerre est une libération, certains quartiers de Paris subissent des destructions importantes : les: raids anglo-américains sur les usines de Boulogne et de Citroën et ceux visant, en 1944, les ateliers et la gare de marchandises de la porte de la Chapelle (Jean-Louis Pinol, 2009, Bertrand Marchand 1993). Cependant, les destructions parisiennes sont minimes par rapport à certaines villes de Province complètement détruites comme Caen, Brest ou Strasbourg. Ces Parisiens conservent en mémoire l'arrivée des troupes du Général Leclerc et l'action des Forces françaises de l'Intérieur qui mènent à la libération de Paris à partir du 25 août 1944.

[46] Pinol J-L., Garden M., (2009), *Atlas des Parisiens de la Révolution à nos jours*, Parigramme, 287 p.
[47] http //thèses.uni-Lyon2.fr/documents/getpart.php ?id=lyon2.1999.agleyze&part=5242
Cette étude s'appuie sur différentes sources : M-R Mouton, « l'enseignement supérieur en France de 1890 à nos jours, étude statistique », *Scolarisation en France depuis un siècle*, Colloque tenu à Grenoble en Mai 1968, Paris , La Haye, 1974, p.183-185

Parmi les 75 ans et plus actuels à Paris, une partie est née en dehors de Paris, originaires d'Île-de-France ou de province : les quatre départements bretons ou encore le Cantal, la Creuse et la Nièvre sont les berceaux de l'immigration provinciale jusqu'en 1950 et 1960. Ces émigrés vont devoir s'insérer dans la population parisienne. Ils sont venus pour travailler, pour fuir une pauvreté rurale.

Photographie n° 1 - Arrivée des troupes du Général Leclerc dans Paris en 1944

Source : © ND / Roger-Viollet, http://www.parisenimages.fr

Photographie n° 2- Fête des Bretons de Paris sur le parvis de l'église Saint-Eustache - Mai 1944

RV-422821 © Roger-Viollet http : parisenimages.fr

Les Bretons se regroupent principalement dans le quartier de la gare Montparnasse véritable interface ferroviaire entre la Bretagne et Paris. Cette migration s'effectue par étapes successives jusqu'en 1960. Traditionnellement les Auvergnats sont tous portefaix[48], les plus riches sont marchands de charbon, de bois et de vin, les Creusois sont maçons.

2.1.1.2 les années actives

Dans les années 50, cette génération forme la population active qui enfantera les enfants du baby-boom. Les transformations sociales de cette période de croissance dénommée par jean Fourastier « les trente glorieuses ou la révolution invisible »[49] sont devenues mythiques : la croissance économique et le plein-emploi. Le travail des femmes dans le secteur tertiaire prend son essor : les femmes, leur brevet en poche, deviennent standardistes, secrétaire ou vendeuses. Ce sont les actifs des recensements de 1954, à 1975 et les retraités à partir de 1982. Les photographes parisiens « humanistes » tels que Isis, Boubat, Brassaï, Doisneau ou Ronis fixent sur leurs pellicules la vie quotidienne des quartiers parisiens, des femmes et des hommes qui participent à cette croissance économique. La mixité parisienne est encore importante : en 1954 les ouvriers représentent 30% de la population active parisienne.

Entre 1945 et 1950 les grandes lois sociales se mettent en place : la sécurité sociale, l'application des congés payés, le vote des femmes en 1944 modifient considérablement la vie quotidienne des Français. La société de consommation, l'évolution des mœurs les font s'opposer aux enfants ou petits-enfants de mai 68.

La population parisienne se modifie entre 1945 et 1977. Philippe Nivet évoque une mutation : « *la population parisienne se déprolétarise et s'embourgeoise*[50] » .

2.1.1.3 La retraite

Les années quatre-vingt sont pour cette génération celles du début de la retraite les réformes de 1981 sont ici vécues comme un soulagement. Pour ceux qui dans leur jeunesse avaient participé au Front populaire, cette retraite est un « aboutissement social.»

---

[48] Homme dont le métier est de porter des fardeaux, définition du *Dictionnaire du Littré*

[49] Fourastier J.,(1979) *Les trente glorieuses ou la révolution invisible*, ed.Pluriel.

[50] Nivet P., (1995) « La ségrégation sociale à Paris à travers les débats du conseil municipal (1945-1977) », sous la direction d'Annie Fourneaut *La ville divisée. Les ségrégations urbaines eu questions. France XVIII- XXe siècle*, Créaphis,pp 303-319

La retraite à Paris est vécue différemment : les immigrés provinciaux retournent vers la Creuse, la Bretagne…, certains Parisiens déménagent : les migrations au début de la retraite prennent une grande ampleur. À partir de 1975, les migrations des 60 ans et plus se sont accentuées jusqu'en 1999 vers le Sud-Est mais surtout la Bretagne et le Centre. Pour Jean-Luc Pinol, elles sont en partie responsables de la baisse de la population parisienne.

2.1.2 Une génération témoin des transformations urbaines parisiennes

Au début du siècle, la population parisienne est alors bien plus nombreuse qu'aujourd'hui. L'annexion en 1860 des communes périphériques agrandit le territoire de la ville de 3400 hectares à 7800 hectares. En 1921 la densité moyenne est de 370 habitants par hectare, 365 en 1954 et en 245 en 1999. Les nouveaux quartiers périphériques permettent de résoudre en partie le manque de logements criant du début du XXe siècle : près de la moitié des Parisiens étaient mal-logés en 1911, il manquait alors près de 50 000 logements dans la capitale. En 1890 est créée la Société Française d'Habitation à Bon Marché (HBM). Plusieurs lois permirent leur financement dont la loi Siegfried du 30 novembre 1894 qui accorda des déductions fiscales, et la loi Strauss du 12 avril 1906 qui améliora leur financement. C'est surtout la loi du 23 décembre 1912 qui permit la véritable création des offices publics d'HBM. Parallèlement Jules Siegfried tenta de mettre en place dans Paris un véritable plan d'urbanisme privilégiant la qualité de vue, mais il était trop novateur et les députés ne le suivirent pas. La guerre de 1914-1918 arrêta les projets. C'est à partir de 1920 que l'Office Parisien des Habitations Bon Marché (OPHBM) construisit 22 000 logements jusqu'en 1939, situés principalement sur les terrains des anciennes fortifications en périphérie de Paris. La ville de Paris lance à partir de 1918 des concours d'Habitations à bon marché pour intégrer ces nouveaux immeubles dans le mouvement de modernité architecturale [51] : les HBM « *illustrent une modernité discrète* » (J. El Gammal, 2004) contrairement aux courants de l'Art Nouveau et des Arts déco qui se développent alors dans la capitale depuis la deuxième moitié du XIXe siècle. Au lendemain de la seconde Guerre mondiale, la pénurie de logements d'avant-guerre s'est amplifiée : après de longs débats, l'assemblée vote la loi n°48-1360 du 1er septembre 1948 : elle abroge la loi de 1914 qui avait mis un terme aux augmentations de loyer et instaure

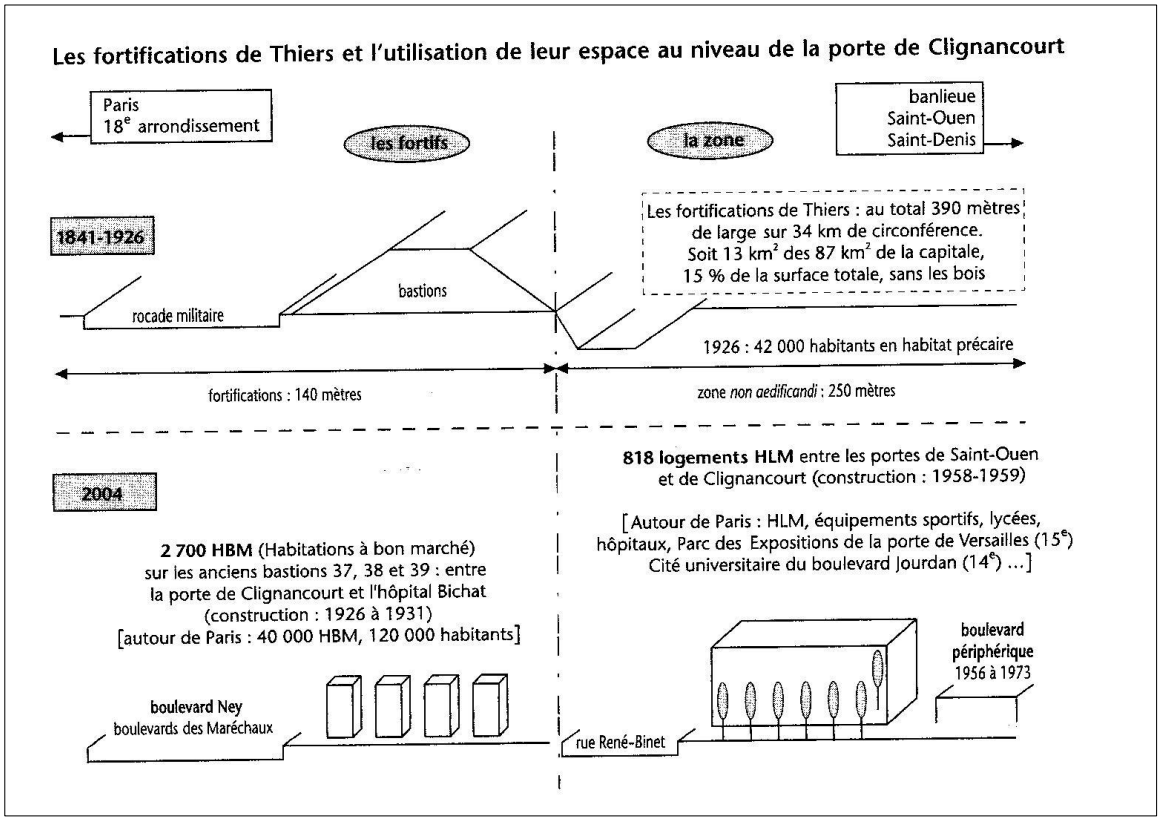
[51] El Gammal J. (2004), « Les mises en scène de l'architecture parisienne du milieu du XIXe siècle à nos jours », *Sociétés et Représentations*, N°17, p. 315-326.DOI :10.3917/sr.017.0315. En ligne : http://www.cairn.info/revue-sociétés-et-représentations-2004-1-page-315.htm

une liberté des loyers pour les logements neufs. Pour les logements construits avant 1939 les loyers sont encadrés et peuvent être augmentés chaque année. Les enfants habitant avec leurs parents peuvent hériter du bail. Ces loyers dits logements de 1948 ont un impact majeur : ils privilégient les locataires aux dépens des propriétaires qui auront de grandes difficultés par la suite à reprendre leurs biens. Ces appartements resteront en l'état et ne seront pas modernisés. Ainsi de nombreuses personnes âgées aujourd'hui vivent-elles encore dans des locations de type 1948. Depuis les années 1990, le bail n'est plus un héritage. Certaines femmes célibataires vivant encore avec leurs parents furent obligées à partir des années 1990 de déménager. Ces situations entrainèrent pour les plus fragiles des ruptures sociales et territoriales majeures. Le recensement de 1954 donne une vision globale de la situation du logement à Paris : 5% des Parisiens vivent dans des îlots sans confort et 6% dans des appartements les plus vastes et les plus confortables. L'âge des immeubles est un élément majeur pour expliquer le niveau de confort, le nombre de pièces par appartement : 94% des logements ont l'électricité, 78% l'eau et 78% le gaz, 48 % des WC intérieurs19% une douche ou une baignoire 17% un téléphone. (Jean-Luc Pinol, 2009) Les immeubles de l'entre-deux-guerres, sont souvent plus modernes et plus confortables. Les années cinquante voient donc se côtoyer dans Paris des populations variées du 16^{e} et 8^{e} haussmannien bourgeois aux quartiers dégradés de la « zone » où résident encore quelques baraques insalubres.

Photographie n° 3 - La « zone » à la Porte de Vanves, 1954

Source : www-beta.rfi.fr©S. Weiss

Illustration n° 2 - Les aménagements de l'espacs fortifications de Thiers au XXème siècle, exemple de la porte de Clignancourt



Source : Pinson M(2004), Sociologie de Paris, page100

La rénovation urbaine commence dans les années 1950 *« sous l'impulsion des techniciens de la ville et de ses promoteurs, sous le signe de la rénovation urbaine. Le schéma directeur de 1968 en donne le fil conducteur* » (A. Frémont, 1988)[52]. Au centre de Paris, les Halles sont détruites en 1969 et délocalisées à Rungis en banlieue : elles seront remplacées par le forum des halles, doublé par un nœud de communications majeures : la station de RER Châtelet les Halles. Les quartiers du vieux centre parisien connaissent également des réhabilitations et rénovations, entre autres dans les quartiers du Marais et de Saint Germain (Bernard Marchand, 1993). La périphérie parisienne change de paysages en moins de trente ans. Dans les années 1950 et 1960, les transformations urbaines touchent la périphérie de la capitale avec les aménagements de « la zone » correspondant aux fortifications d'Adolphe Thiers, pour répondre à la forte demande de logements : Habitat à Loyer Modéré (HLM), équipements sportifs, extension de la Cité universitaire, les projets sont nombreux et ceinturent la capitale. La construction du périphérique et l'aménagement des rives de la Seine font entrer Paris dans l'ère automobile. Alors que la zone était un espace d'échange, le

[52] Frémont A., (1988) , France, géographie d'une société, Flammarion, page216

périphérique devient une fracture territoriale pour les habitants parisiens et les habitants des communes frontalières.

Photographie n° 4 - Paris, construction du boulevard périphérique, Porte de Saint-Cloud

Les années 1970 verticalisent la ville : La Défense, Montparnasse, le front de Seine Tolbiac. L'exemple de la tour Montparnasse est emblématique de cette transformation urbaine. Entre 1959 et 1968, la vieille gare fut détruite et reconstruite en arrière. En 1957, le Ministère prévoit une tour de 150 mètres financée par Air France et destinée à loger des bureaux et du personnel ? Les débats sont vifs, le conseil municipal souhaitant protéger le paysage parisien. En 1970 le projet élève la tour à 170 mètres. Le préfet de la Seine la portera à 200 mètres. Elle se construit à côté d'un centre commercial. Les trottoirs du boulevard Montparnasse sont réduits : l'automobile devient prioritaire.

Ce projet entraîne aussi des rénovations comme celle du nord du quartier Plaisance situé au sud de Montparnasse. Le projet de rénovation urbaine prévoit la rénovation du quartier par une Zone d'Aménagement Concerté (ZAC) dans laquelle une grande radiale permettrait aux voitures de traverser le 14e de Montparnasse au périphérique. La pression des habitants du quartier fut telle que le projet de radiale fut abandonné en 1977. Les habitants continuèrent alors leur lutte : la ZAC prévoyant la destruction d'immeubles. Les débats et les actions des habitants aboutirent, en 1980, à un nouveau projet qui permit la conservation d'un certain nombre d'habitations.

Illustration n° 3 - Affiche collée dans les rues du quartier Vercingétorix pour lutter contre le projet de la radiale

Source : Il était une fois dans (la rue de) l'Ouest, western urbain illustré[53].

Depuis 1990, les chantiers se sont succédés dans Paris, que ce soit pour les rénovations de quartiers entiers (Bercy), ou bien pour la réalisation de projets culturels comme la Bibliothèque Mitterrand ou le Musée des Arts Premiers.

En 2000, la ville de Paris révise son plan d'urbanisme en s'appuyant sur la loi de Solidarité et de renouvellement urbain (SRU). La Ville se tourne alors vers une politique urbaine « durable » et privilégie la circulation douce, les quartiers verts (Montsouris).

2.1.3 Vieillissement et gérontocroissance de la population parisienne : quelle évolution ?

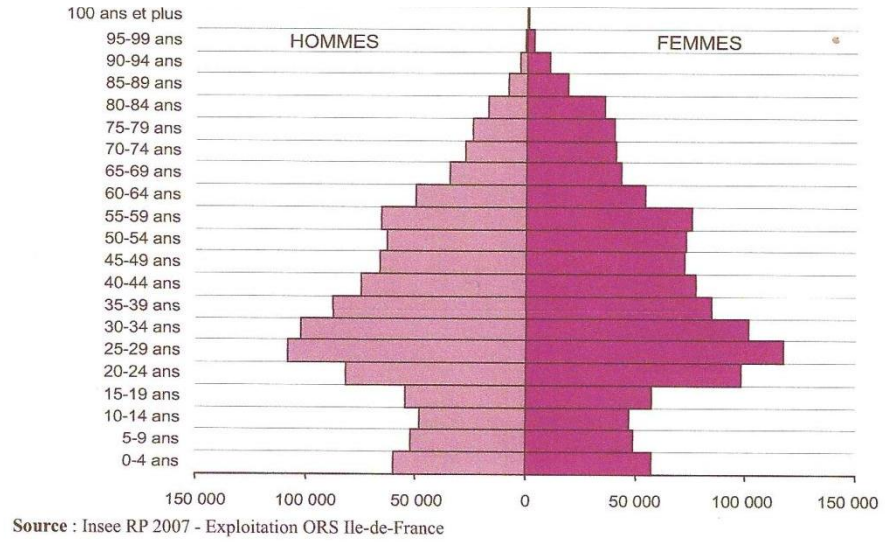
Le dernier recensement de 2006 permit d'affiner aux différentes échelles du territoire le vieillissement amorcé et inéluctable de la population. Paris est un département considéré comme jeune, par rapport au reste du territoire. Les moins de 20 ans représentent un cinquième de la population (contre un quart en France métropolitaine et en Île-de-France). Les 20-39 ans sont nombreux et représentent 36% de la population contre 30% en Île-de-France et 26% en France.

En 2007, l'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,59 à Paris en 2007, bien en dessous de la moyenne nationale à 1,97. Tout comme en France, Paris connut un pic de naissance entre 2000 et 2003. En 2008, 71% des femmes ayant accouchée à Paris avaient 30 ans et plus. L'INSEE et l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR) intitulent leur rapport 2011 « *Paris*

[53] Brunschwig G. (2008), 14ème, il était une fois dans la rue de l'ouest, editions pivoine page 28

résiste au vieillissement ». Alors que la part des 60 ans et plus augmente partout sur le territoire français, la part des 60 ans se stabilise à 19,3% après avoir baissé depuis 1975 (17% en Île-de-France).

Figure 3 - Pyramide des âges de la population parisienne en 2007



Source : Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France/INSEE

En 2008 la part des 60 ans et plus représente 19,3% de la population parisienne, celle des 65 ans et plus, 16,5%. Contrairement aux autres métropoles françaises, Paris subit une géronto-décroissance, c'est-à-dire une baisse du nombre des 60 ans est plus estimée par Gérard-François Dumont à -25% entre 1975 et 1999[54]. Cette baisse s'explique en partie, par le départ en Province des nouveaux retraités. Entre 2002 et 2007, 8700 personnes de 60 ans et plus ont quitté la capitale, 11 personnes pour 100 ont quitté la capitale, quatre pour 100 s'y sont installées.[55] La part des 60 ans et plus s'est stabilisée entre 1999 et 2007 alors qu'elle a augmenté en Île-de-France de plus d'un point et de 1,1 point en France métropolitaine. Les 60 ans et plus se sont installés en petite couronne pour un tiers d'entre eux et pour le reste le Sud, le Centre et l'Ouest, la Bretagne étant les destinations favorites des migrations des retraités. L'Insee constate des échanges migratoires avec la province et l'Île-de-France sont moins déficitaires chez les 60-74 en comparant les périodes intercensitaires 1990-1999 et 2002-2007.

[54] Dumont G-F, (2008) *Evolution territoriale du vieillissement et de la dépendance à l'horizon 2030. Quelles différences entre les départements urbains et ruraux*, Population et Avenir, 113 p.
[55] Paris résiste au vieillissement, lettre APUR INSEE, février 2011

L'espérance de vie est plus élevée à Paris qu'en Île-de-France ou en France métropolitaine. Le Tableau n° 1 - Nombre d'années d'espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 2007 montre tant à la naissance qu'à 60 ans l'espérance de vie est plus forte à Paris pour les deux sexes.

Tableau n° 1 - Nombre d'années d'espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 2007

	À la naissance.	**À 60 ans.**
Paris		
Hommes	79.6	23.3
Femmes	85.5	28
Écart hommes/femmes	5.9	4.7
Ile de France		
Hommes	79	22.9
Femmes	84.9	27.3
Écart hommes/femmes	5.9	4.4
France métropolitaine		
Hommes	77.5	21.9
Femmes	84.3	26.7
Écart hommes/femmes	6.8	4.8

Source : *La santé observée à Paris. Tableau de bord départemental*, Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France, juin 2011

Cependant, l'étude des 60 ans et plus cache les véritables dynamiques démographiques des aînés dans la capitale. Il nous faut ainsi reprendre l'évolution en nombre, et en pourcentage, des différentes tranches d'âge pour mieux comprendre les dynamiques démographiques parisiennes. L'évolution des différentes tranches d'âge depuis 1968 donne une autre image de la géronto-décroissance parisienne. De 1954 à 1982 le nombre des 75 ans et plus a progressé dans Paris de 93 267 à 184 772 et correspond en 2006 à 159 344 personnes. Selon l'INSEE, la population âgée de 75 ans et plus augmente cinq fois moins vite à Paris qu'en Île-de-France et six fois moins vite qu'en France métropolitaine.

Depuis la réforme du recensement (sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 6), les statistiques englobent les aînés à partir de 80 ans. L'évolution des 80 ans et plus est, quant à elle, discontinue. En effet après avoir considérablement augmenté entre 1968 et 1990, une baisse importante s'effectua entre 1990 et 1999, ce qui s'explique par la montée de la classe creuse de 1914-1920. Les 85 ans et plus ont connu une augmentation continue, depuis 1968, passant de 22 308 à 44 381 personnes en 2006. Il en est de même pour les 90 ans et plus, dont

le nombre et la part augmentent de façon continue, de 5 268 à 18 217 personnes dans la capitale, entre 1968 et 2006. L'augmentation continue du nombre de centenaires en est emblématique. Ainsi, il existe bel et bien une géronto-décroissance en considérant la part des 60 ans et plus, mais à partir de 85 ans, la « gérontocroissance par le haut » est bien présente mais inégalement répartie.

Les projections de l'INSEE pour la population parisienne montrent que, quel que soit le scénario, la part des 80 ans et plus augmentera jusqu'en 2030 et sera de l'ordre de 7,1% dans le scénario central. La part des 75 ans et plus dans ce même scénario central serait de 11,4% en 2040, de 16% en 2050 et de 16,2 % en 2060 selon les estimations de 2011 (Tableau n° 2) .

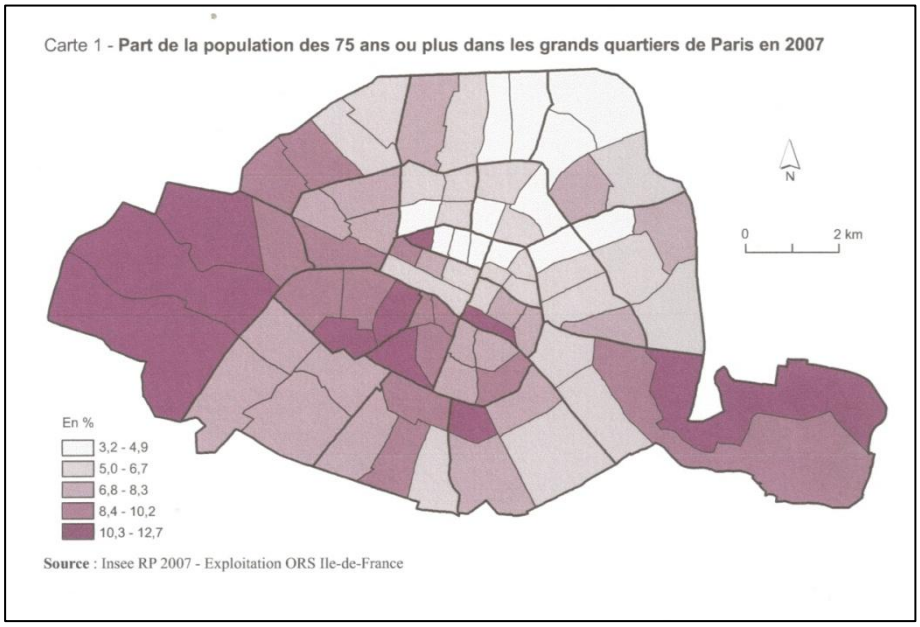
Tableau n° 2 - Evolution par tranche d'âge de la population française de 1968 à 2040

	1968	1988	2007	2040
Population totale	2 0582 013	2 137 549	2 193 033	2 211 000
0-19 ans (%)	21.5	20.5	19.5	18
20-39 ans (%)	30.9	35.6	35.6	33.3
40-59 ans (%)	25.8	23.6	25.9	23.5
60-74 ans (%)	16.6	12.3	11.6	13.8
75 ans et plus	5.2	8	7.4	11.4

Source ; INSEE 2010 et ORS 2011

La répartition géographique des personnes âgées dans la capitale illustre les grandes diversités démographiques entre les arrondissements, les quartiers, et à l'échelle des Ilots Regroupés pour des Indicateurs Statistiques (IRIS). Si Paris a une population plus jeune que l'ensemble de la France, la répartition des séniors et des aînés est quant à elle bien différente en fonction des arrondissements et des quartiers. Ainsi certains arrondissements comme les V^{e}, VI^{e}, VII^{e} et XVI^{e} ont une part des 60 ans et plus bien plus importante que la moyenne française. Le XVI^{e} arrondissement est le plus vieux, les 60 ans et plus y représentent 27% de la population totale. On distingue une ligne de partage Nord-Sud, (Carte n° 3), alors qu'il y a quelques années, la ligne était davantage Est-Ouest. Le vieillissement de la rive droite est limité (INSEE, 2011).

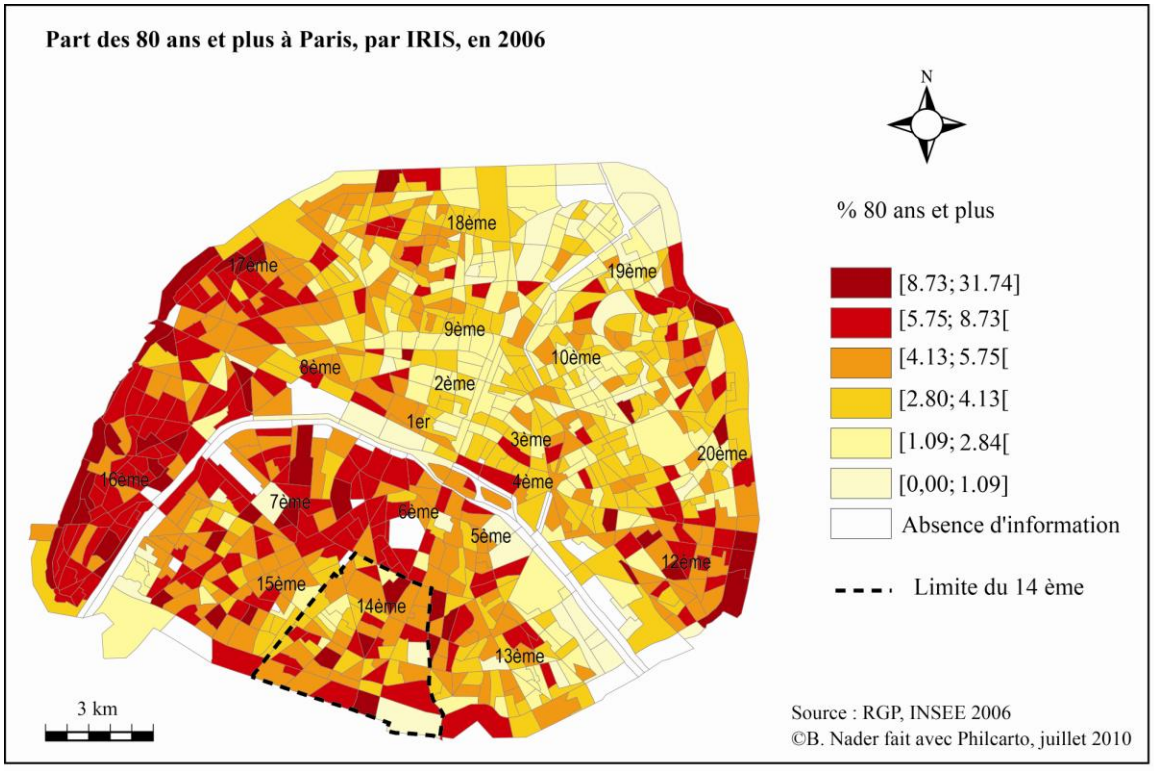
Carte n° 3 - Répartition des 75 ans et plus à Paris par quartier administratif



Source : la santé observée à Paris ; ORS, juin 2011

A l'échelle de l'IRIS la carte des 80 ans et plus (Carte n° 4) donne une vision plus exacte de la mosaïque et renforce l'inégale répartition des aînés dans la capitale.

Carte n° 4 - Répartition des 80 ans et plus à paris en 2006, à l'IRIS



2.1.4 Etrangers et migrants âgés à Paris

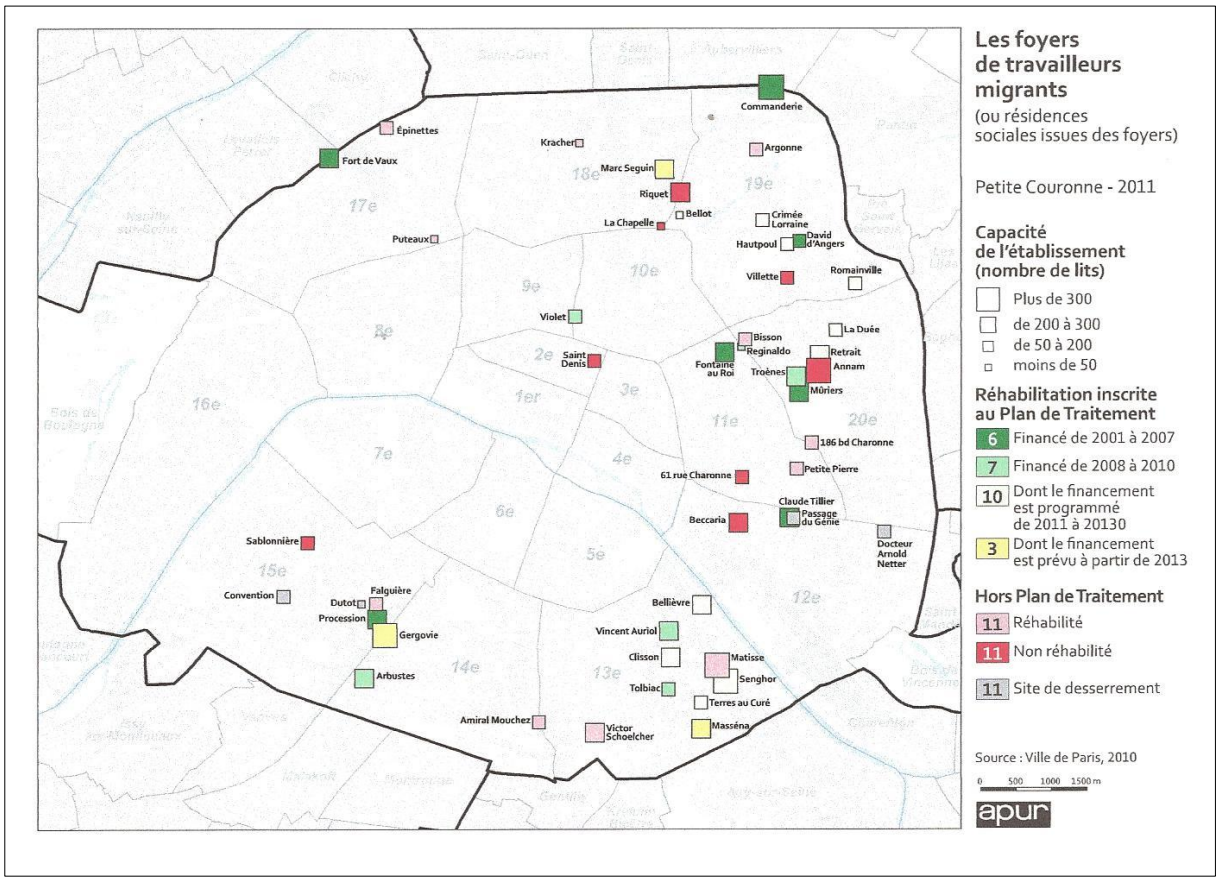
Évoquer les séniors et les aînés, c'est aussi évoquer les personnes âgées d'origine étrangère et immigrée qui représentent 10,5% en 2006 des 60 ans et plus à Paris. L'hétérogénéité des origines reflète les vagues d'immigration successives chez les 60 ans et plus à Paris. Les résidents parisiens d'origine européenne représentent une part importante des personnes âgées : Espagnols et Portugais. 35% des Espagnols ont 60 ans ou plus. Les Maghrébins, correspondant à la deuxième vague entre 1950 et 1970 est aussi vieillissante : plus du quart des Algériens ont 60 ans et plus en 2007. Chez les autres communautés arrivées plus récemment, seuls 6% des étrangers d'Afrique ont 60 ans et plus. La population immigrée, à la différence de la population étrangère, inclut la population naturalisée. En 2007, les 60 ans et plus immigrés représentent 20% des 60 ans et plus Parisiens. Leur progression a augmenté plus vite entre 1999 et 2007(2,5%) que celle de l'ensemble des Parisiens (+0,5%) 40 % des immigrés âgés de 60 ans et plus vivent seuls, toutes origines confondues. La scolarisation des 60 ans et plus est faible : 78% ont arrêté l'école avant 15 ans, dont 22% qui n'ont eu aucune scolarisation; 26% d'entre eux ont été scolarisés après 16 ans (Atlas des populations immigrées)[56]. 7% des ménages vivent dans un logement précaire, 24% dans un logement sans salle de bain (contre 11% pour l'ensemble des ménages parisiens de 60 ans et plus). Plus de 40% des immigrés de 60 ans et plus vivent seuls, toutes origines confondues. Les immigrés âgés de 60 ans et plus se répartissent principalement dans le quart nord-est de Paris. En 1999, 10% vivaient en foyers de travailleurs ou en hôtels meublés. En 2010, les 49 foyers parisiens accueillent 8050 personnes. Le vieillissement de la population des foyers parisiens s'est accentué : 32% de la population ont 60 ans et plus en 2010 contre 17% en 2002 et 6% en 1992. Ainsi, les retraités représentent aujourd'hui 21,3% des résidents des foyers de travailleurs migrants. « *Initialement conçus pour accueillir des travailleurs à titre temporaires, les foyers sont devenus des lieux d'enracinement où se concentrent des hommes mûrs ou âgés, souvent en situation précaire*. » (APUR, 2011) [57]. En outre, ces foyers ne sont pas aménagées pour des personnes âgées, ce qui contribue à renforcer leur isolement. La sur-occupation et le délabrement furent pendant longtemps désastreux. Depuis 1997 un plan national de réhabilitation de trois cent vingt-six foyers est en cours. Les foyers parisiens très

[56] http://www.immigration.gouv.fr/IMG/pdf/Atlas_national_PI_060711b.pdf
[57] APUR, 2011, Les foyers de travailleurs migrants à Paris. Etats des lieux et inventaire des interventions sociales sanitaires et culturelles

dégradés sont une priorité. Vingt-six foyers sont inscrits au plan de traitement (Carte n° 5). Fin 2010, treize foyers parisiens furent financés avec la création de nouvelles résidences sociales dites de desserrement afin de lutter contre la suroccupation des foyers parisiens.

Les problématiques de santé et d'intégration sont ainsi bien différentes pour les migrants âgés entre ceux qui sont « binationaux et ont une famille tant en France que dans le pays d'origine et ceux qui n'ont pas les moyens de revenir au pays et demeurent souvent dans un très grand isolement familial, social et économique. »

Carte n° 5 - Répartition des foyers de travailleurs .migrants dans Paris en 2011

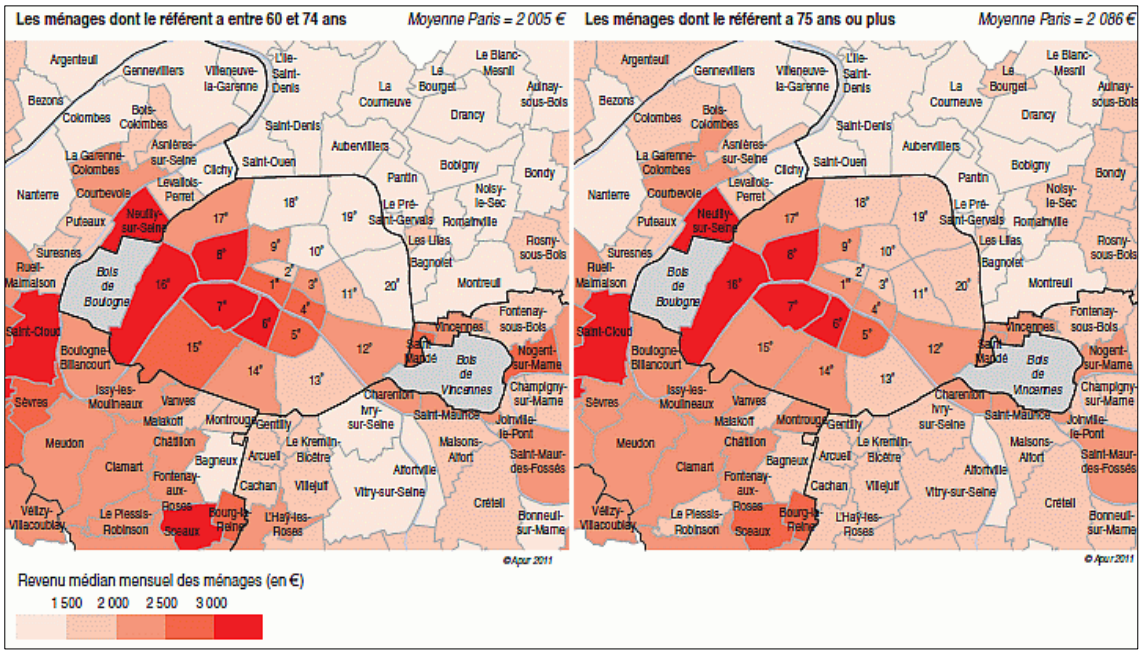


Source : Les foyers de travailleurs migrants à Paris, APUR, 2011

2.2 LES INÉGALITÉS SOCIO-SPATIALES DES AÎNÉS PARISIENS

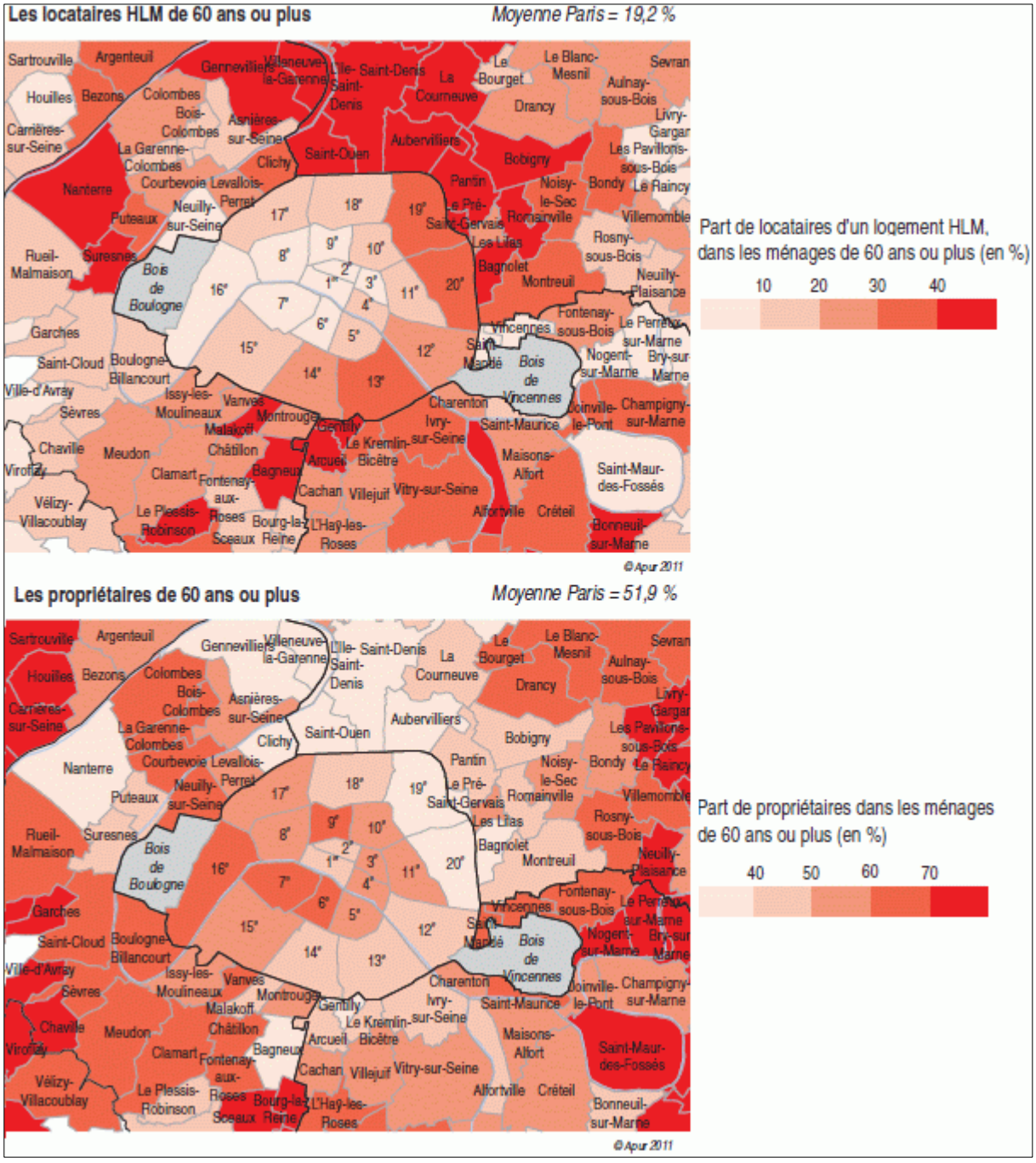
Les grandes inégalités socio-spatiales se retrouvent au grand âge. Les inégalités de revenus à Paris entre les arrondissements sont plus marquées pour les 60-74 ans que pour les 75 ans et plus (Carte n° 6). On retrouve ici la fracture Est-Ouest des revenus des Parisiens entre les arrondissements de l'Est parisien du 10e au 13e dont les revenus des aînés et des Parisiens sont inférieurs à la moyenne de celui qui sont situés à l'ouest d'une ligne 17e -14e où les revenus médians sont supérieurs à la moyenne parisienne. En fonction de l'âge du référent, les revenus sont plus faibles chez les 60-74 ans, par rapport aux 75 ans et plus dans les 18e,19e, 10e et 20e arrondissements. La répartition entre propriétaires et locataires HLM confirment les disparités socio spatiales (Carte n° 7) : la part des ménages de 60 ans et plus vivant en HLM est supérieure à 20% du 14e au 19e. La part des ménages de 60 ans et plus propriétaires est, quant à elle, dans les arrondissements centraux et les arrondissements de l'Ouest. L'Insee a exploité avec l'APUR les données du recensement de 2006 et constitué une typologie des Parisiens de 60 ans et plus en fonction de leurs revenus, le statut d'occupation du logement, CSP, niveau scolaire, part des 75 ans et plus (Carte n° 9). Cette typologie réalisée à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique permet de mieux visualiser à l'échelle locale les disparités socio-économiques des personnes âgées dans Paris.

Carte n° 6 - Revenu médian par tranche d'âge des 60 ans et plus par arrondissement



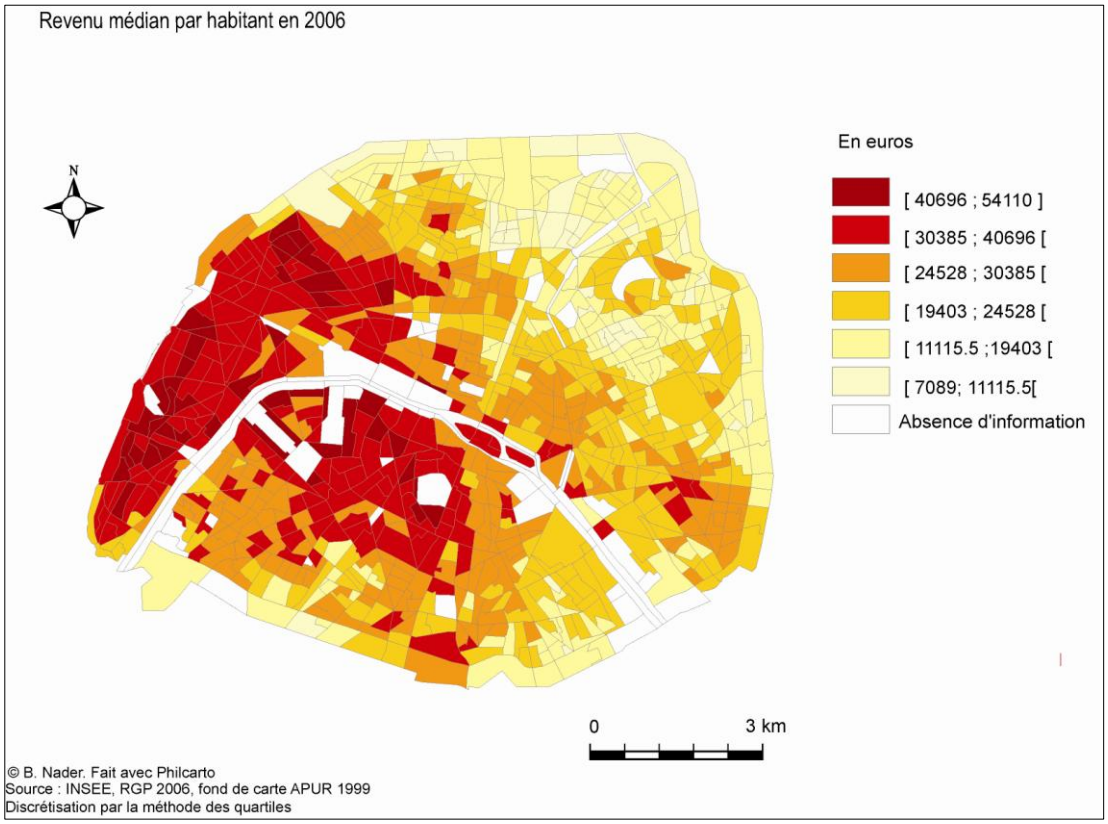
Source : INSEE 2011

Carte n° 7- Part des locataires et propriétaires d'un logement HLM âgés de 60 ans ou plus en 2011

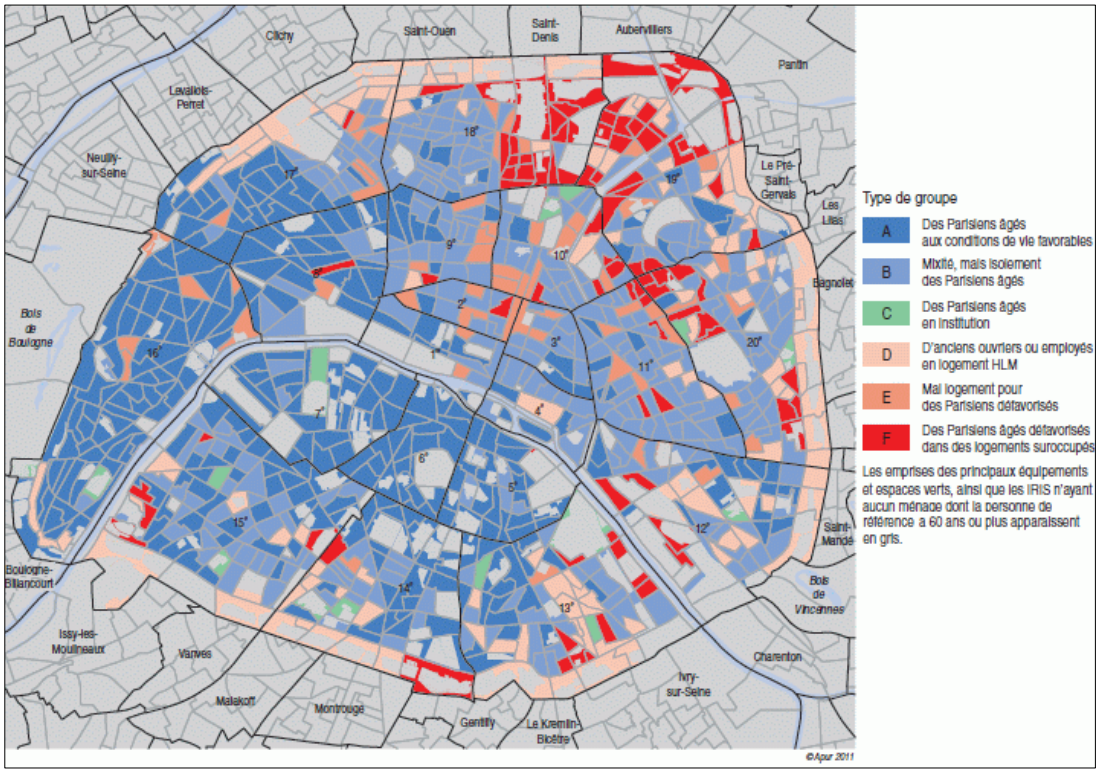


Source : Insee

Carte n° 8- Revenu médian en 2006 à Paris, par IRIS



Carte n° 9 - Typologie des parisiens âgées de 60 ans et plus



Source : Insee

Cette typologie à l'échelle de l'IRIS permet de confirmer la persistance du grand nombre de personnes âgées sur la rive gauche et dans l'Ouest parisien : ces quartiers concentrent 23% des 60 ans et plus 41% sont âgés de 75 ans ou plus avec des conditions de vie plus favorables. Les arrondissements du centre de la rive droite et du Nord sont marqués par une mixité plus grande des 60 ans et plus. La typologie souligne très clairement un type de personnes âgées modestes logées dans le parc HLM de la périphérie de Paris. Au nord, les personnes âgées sont peu nombreuses mais logées dans de mauvaises conditions.

Cette analyse nous montre des grandes tendances par arrondissement et quartier. Cependant l'échelle locale est bien plus pertinente pour comprendre l'évolution démographique des aînés et en comprendre les besoins sociaux et sanitaires.

2.3 VIEILLIR DANS LE 14E.

Vieillir dans le 14e c'est avant tout habiter un quartier dans lequel on a des repères urbains, dans lequel on se déplace et surtout dans lequel on a établi un réseau de sociabilité. Ainsi habiter à Plaisance, rue Losserand, Place d'Alésia, à Pernety ou encore à Edgar Quinet, c'est appartenir à un réseau socio-spatial : les noms des rues, des places représentent davantage l'emblème d'un quartier de vie que ses limites administratives. Le quartier est avant tout un espace de sociabilité où l'on se rencontre dans les commerces de proximité et les espaces verts (A. Fleury et al, 2006) : le quartier est avant tout vécu. Il peut correspondre à l'entourage proche du logement ou bien, à l'arrondissement entier. Le quartier est un réseau socio-spatial. Le 14e est un arrondissement « charnière » qui reflète la diversité parisienne[58] du quartier Plaisance, inséré dans un dispositif « Quartier Politique de la Ville » au quartier Montsouris gentrifié. C'est un véritable laboratoire urbain dont les transformations furent nombreuses en particulier à l'Ouest de l'arrondissement depuis les années 1990.

2.3.1 Une mosaïque urbaine

Une petite visite s'impose pour sentir l'âme des quartiers et comprendre la diversité de l'arrondissement. Commençons par le quartier Plaisance qui connut les transformations urbaines les plus importantes. Partons de la porte de Vanves : nous sommes à la pointe sud-ouest de l'arrondissement, dont la particularité est d'être enclavée entre la voie ferrée et le périphérique. Le Dimanche, les « Puces, » animent le quartier, héritage des chiffonniers de la

[58] Urbanissimo avril 2005

« zone » du début du siècle. Ce quartier est à la fois constitué de HBM des années 30 et d'immeubles HLM des années 1950 à 1990.

Photographie n° 5 - HBM, rue Lafenestre

Source : ©B. Nader-2006

Nous sommes au sud du « Quartier Politique de la Ville ».(cf. Annexe 4) Depuis 2005, le quartier est restructuré dans le cadre des Contrats Urbain de Cohésion et de Solidarité (CUCS) : couverture du périphérique[59], réhabilitation des HLM, construction du centre d'action sociale Noguès.

Photographie n° 6 a et b - immeubles longeant le périphérique à la porte de Vanves , en 2006 et en 2011

Source :©B. Nader

[59] La couverture du périphérique est un des projet « agenda 21 » de la Ville de Paris.

Parallèlement le quartier bénéficie de la construction du tramway sur les boulevards des Maréchaux. Pour les habitants du 14e, ce quartier est toujours assimilé à la « zone » des chiffonniers d'avant-guerre.

Remontons maintenant la rue Raymond Losserand, l'ancienne route de Vanves où il y a avait encore un cinéma dans les années 1960. L'hôpital Saint-Joseph en est un centre économique majeur. Construit à la fin du XIXe, il fut d'abord dirigé par des congrégations religieuses avant d'intégrer le service public en 1976. Il fut, lui aussi, réhabilité dans les années 2000.

Photographie n° 7 - Hôpital Saint Joseph, rue Raymond Losserand

©GP/NN 2011

Photographie n° 8 - 156 rue Raymond Losserand en face de l'hôpital

©B.Nader 2006

Arrivant rue d'Alésia, nous nous retrouvons sur l'artère est-ouest de l'arrondissement : cet axe central est une des rues, les plus commerçantes du 14e.

Photographie n° 9 - Métro Plaisance à l'angle de la rue d'Alésia et de la rue R. Losserand

©B.Nader 2006

En traversant la rue d'Alésia et en remontant vers le nord de la rue Raymond Losserrand, nous changeons d'atmosphère : immeubles anciens, quartier très résidentiel avec des petites maisons, des parcs qui contrastent avec les HLM de la porte de Vanves : nous sommes à Pernety.

Photographie n° 10 - Square Alberto Giacometti

Source : ©B. Nader, 2006

Photographie n° 11 - Rue des Thermopyles, au printemps, en 2006

©B.Nader, 2006

À quelques mètres, nous arrivons dans un quartier rénové, la ZAC Didot, où fut restauré le Château ouvrier.

Photographie n° 12 - Le château ouvrier, 2004-2006

Source : http://placedelagarenne.free.fr/quartier/chateau.htm/ ©Brigitte Hallier-Nader. Avril 2006

Bifurquons un peu à l'Ouest, et longeons la voie ferrée pour aller vers Montparnasse. Nous nous retrouvons au cœur de la ZAC Vercingétorix-Guilleminot, édifiée dans les années 1990 dont la lutte des habitants fut historique contre les expulsions et une radiale entre Montparnasse et la Porte de Vanves : une coulée verte longe aujourd'hui la voie ferrée.

Photographie n° 13 - Rue Vercingétorix, immeuble de la ZAC

©B.Nader-2007

Traversant la place de Catalogne (œuvre de Ricardo Bofill), nous entrons alors dans le quartier Montparnasse. Remontant la rue de la Gaîté, nous passons devant de nombreux restaurants, cafés-concerts dont le fameux Théâtre Bobino qui fut le tremplin de la carrière de Georges Brassens, icône du 14^{e} populaire. Arrivant à la gare Montparnasse, on change d'ambiance, de rythme. La gare, symbole de « la petite Bretagne, » est un nœud de communications parisien, une plateforme multimodale des transports en commun. La place du 18 juin grouille de circulation, le boulevard Montparnasse est un axe majeur de circulation dans Paris. En nous dirigeant vers Denfert-Rochereau, nous longeons les rues, où les nombreux artistes-peintres, écrivains et photographes, vinrent s'installer pendant les « *Années folles* » tels Modigliani, Pablo Picasso, Jean Cocteau, Jacques Prévert ou encore Man Ray. Un peu plus loin, le Lion de Denfert-Rochereau nous fait face : cette statue monumentale du sculpteur Auguste Bartholdi fut érigée en hommage au colonel Denfert-Rochereau, lors de la guerre de 1870-1871.

Photographie n° 14 - Place Denfert-Rochereau

Nous descendons alors l'avenue du Général Leclerc en sens inverse des troupes qui libérèrent Paris en août 1944. Les Catacombes à notre gauche où s'installèrent le colonel Rol Tanguy et ses hommes du FFI en 1944, et sur la droite le quartier « village » de la mairie. Un quartier très commerçant et résidentiel à la fois s'étend jusqu'à l'église Saint-Pierre de Montrouge.

Photographie n° 15 - Mairie du 14e

Source : ©B. Nader, 2008

De l'autre côté du boulevard, s'étend un quartier résidentiel où alternent immeubles et pavillons, quartier vert, dont la tranquillité est appréciée de ses habitants.

Photographie n° 16 - Rue Hallé

Source : ©B. Nader, 2008

Soudain, un carrefour central apparaît : les anciens l'appellent la place d'Alésia (aujourd'hui renommé place Hélène et Victor Basch). Il distribue toutes les directions de l'arrondissement et est particulièrement commerçant. Son église construite, en 1887, fait face à la porte d'Orléans.

Photographie n° 17 - Eglise Saint-Pierre de Montrouge, place V. et H. Basch

Source : ©GP/NN, 2011

En continuant notre chemin, avenue du Général Leclerc : nous passons devant la gare désaffectée du Petit-Montrouge qui sera bientôt restaurée.

Photographie n° 18 - La gare du Petit-Montrouge en 2011 et sa réhabilitation selon l'architecte Louis Paillard

Source : ©B. Nader-2011/ http://www.petiteceinture.org/Projet-de-rehabilitation-de-la.html

Arrivant porte d'Orléans, nous retrouvons les boulevards Brune et Jourdan. Les habitants du quartier se souviennent encore de l'hiver 1954 où le Secours Catholique y installa un village de toile « *La cité Secours* » : les quinze grandes tentes accueillent alors des centaines de sans-abri. Depuis 2004 ce carrefour majeur entre Paris, banlieue et province (autoroute A6) est en travaux : tramway, extension de la ligne du métro, ligne 4. Nous nous retrouvons sur les boulevards extérieurs où depuis 2006 la verdure s'est étalée le long de l'axe du tramway.

Photographie n° 19 - L'axe du tramway, boulevard Brune

Source : ©B. Nader, 2006

Nous remontons le boulevard Jourdan vers l'est de l'arrondissement et arrivons devant le Parc Montsouris et la Cité universitaire internationale qui lui fait face. L'animation de la Cité et du boulevard contraste avec le calme du parc.

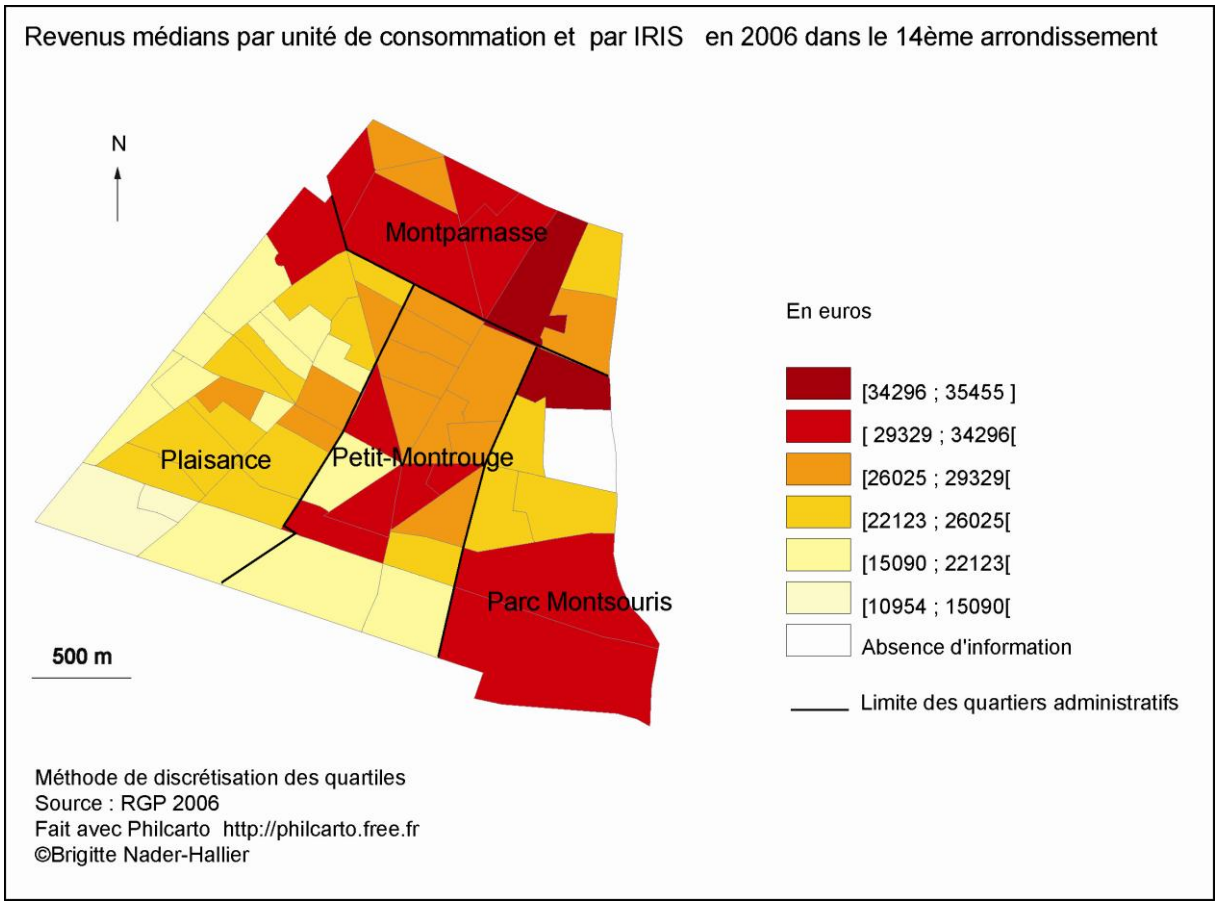
Notre promenade s'achève au Nord de l'arrondissement en passant parla rue René Coty, verdoyante, l'Hôpital Saint Anne pour terminer à l'observatoire.

Cet aperçu bien rapide nous permet de visualiser des paysages qui prennent tout leur sens lorsque l'on se penche sur les disparités socio-spatiales de l'arrondissement.

2.3.2 Des disparités socio-spatiales marquées

La carte de revenus médians par unité de consommation à l'échelle de l'IRIS (Carte n° 10) illustre les disparités socio-spatiales de l'arrondissement : le quartier administratif Plaisance contraste avec les trois autres quartiers, les revenus médians par habitant sont les plus faibles de l'arrondissement, 21 793 euros alors que les trois autres ont des revenus médians supérieurs à 27 437 euros. Le quartier Montparnasse est le quartier où les revenus médians par unité de consommation sont les plus élevés (29 943 euros en 2006). Les disparités entre IRIS au sein d'un même quartier administratif sont fortes dans les trois quartiers du sud de l'arrondissement.

Carte n° 10 - Revenus médians par unité de consommation et par IRIS en 2006

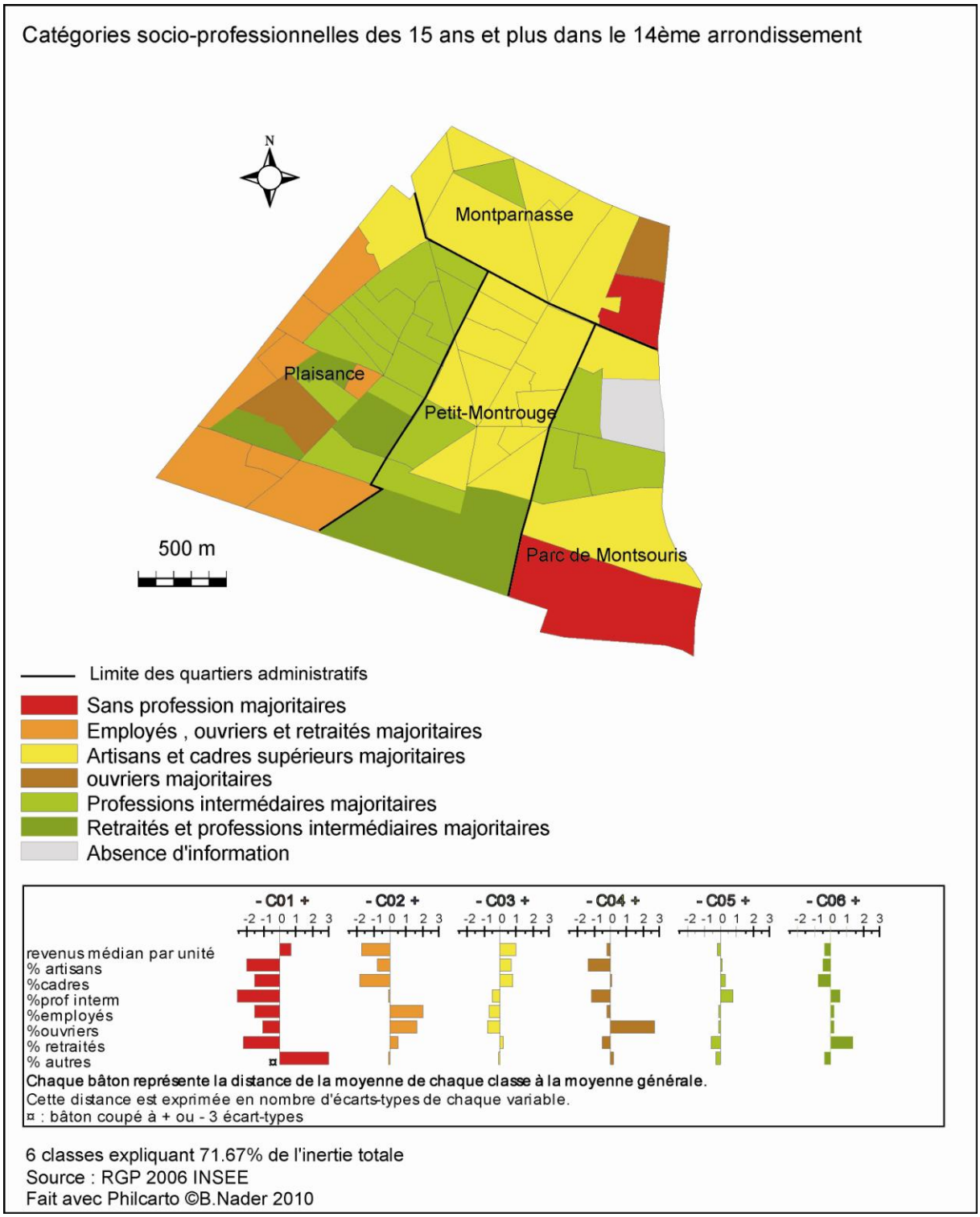


Les disparités socio-spatiales se retrouvent dans la répartition de la structure de la population.

Entre 1954 et 1999, la part des ouvriers et des employées est passée de 65,1% à 30,1% , celle des cadres et professions intermédiaires de 34,9% à 69,1%. La carte n° 12 des catégories socio-professionnelles met en relief la forte proportion d'ouvriers, de retraités et d'employés, au sud-ouest de l'arrondissement, dans le sud du quartier Plaisance : les taux de chômage sont supérieurs à 12%, 47, 9% des logements sont des logements sociaux.

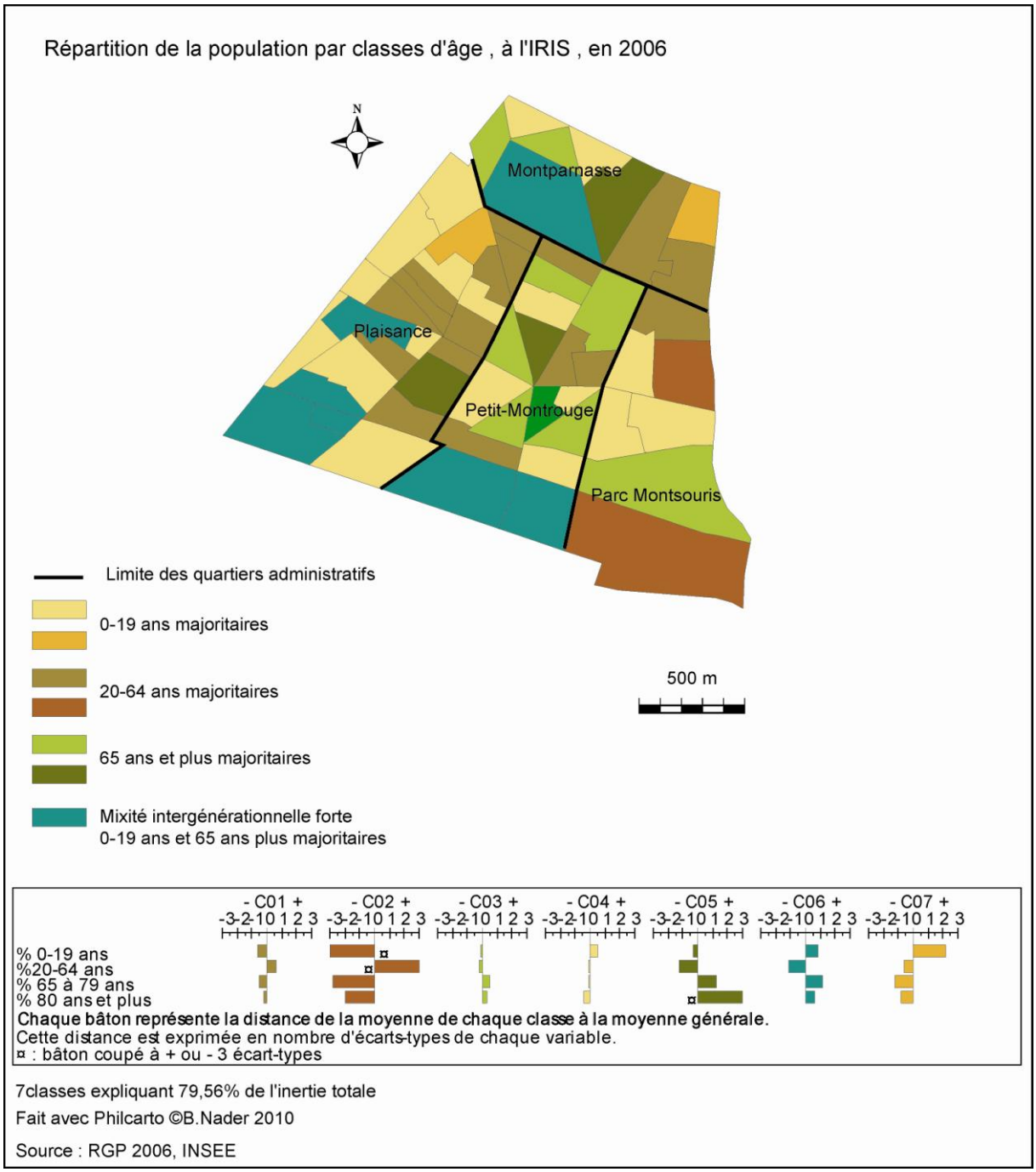
À Montparnasse, ce sont surtout des cadres et des artisans ainsi que de professions intermédiaires. Sur les 6406 personnes inscrites en 2009 à Pôle Emploi, 64% sont domiciliés dans le quartier Plaisance, 35% dans le quartier Petit-Montrouge, 17% dans le parc Montsouris et 16% à Montparnasse. Le Quartier du Petit-Montrouge est un quartier intermédiaire concentrant au Nord plus de cadres et au Sud une part d'employés et de professions intermédiaires plus importante.

Carte n° 11 - Catégories socio-professionnelles des 15 ans et plus dans le 14ème arrondissement



La carte de la répartition par tranche d'âge montre la cohabitation dans les espaces HLM entre d'un côté une population de retraités et de l'autre des jeunes de moins de 20 ans. Un axe méridien concentre une population plus âgée, de Montparnasse au Petit-Montrouge.

Carte n° 12 - Répartition de la population par classes d'âge à l'IRIS en 2006



2.3.3 Les aînés du 14e.

La part des 60 ans et plus dans le 14e représente 20,1% de la population totale : parmi eux, les 75 ans et plus représente 8,1% de la population. Le Tableau n° 3 montre que le vieillissement de l'arrondissement est plus important que la moyenne parisienne et la moyenne francilienne. On retrouve cette même tendance chez les 80 ans et plus.

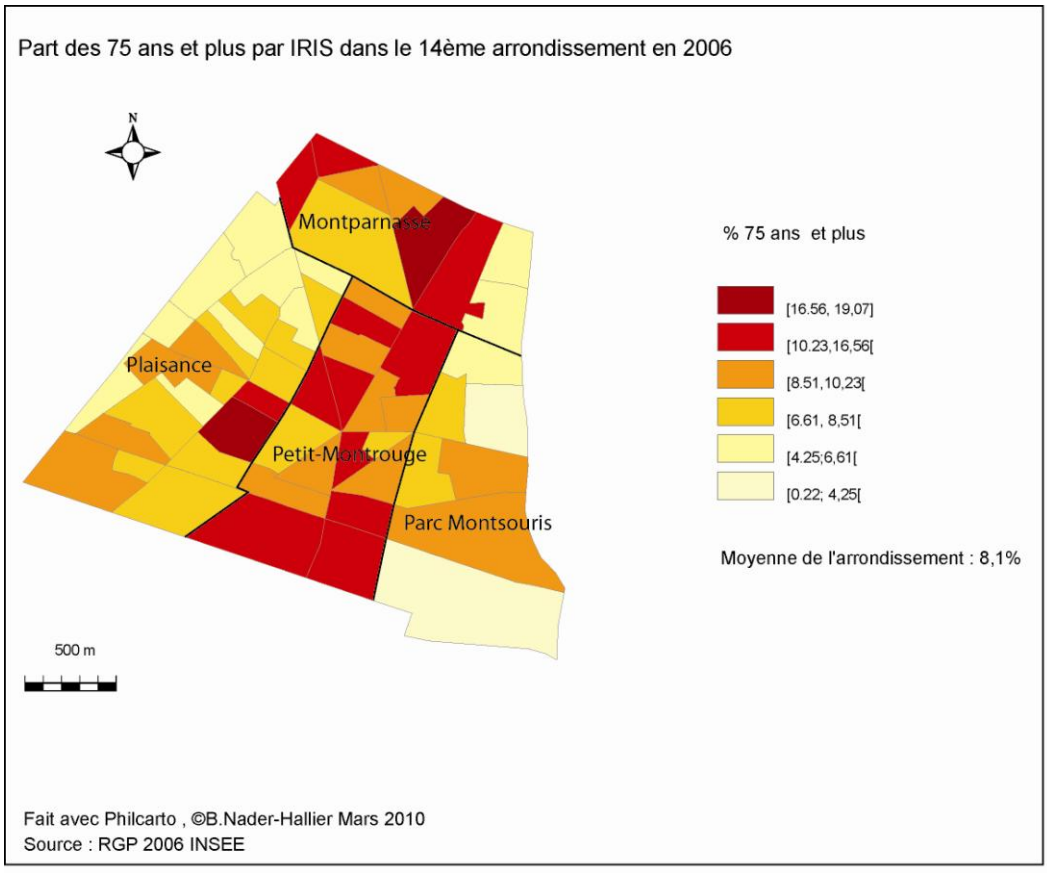
Tableau n° 3 - Répartition de la population par tranche d'âge aux différentes échelles

EN 2006	0-19 ans	20-60 ans	60 ans et plus	65 ans et plus	75ans et plus	65-79 ans	80 ans et plus
France	25	54		16,7	8,8	11,8	4,7
Ile de France	26	58	16,3	12,3	6	8,8	3,4
Paris	19,6	61,7	18,7	13,4	8,8	9,5	4,4
14ème	17,3	67,5	20,1	15,2	8,1	10,2	5

Source : B. Nader, d'après INSEE RGP 2006

En 2006, la répartition des 75 ans et plus est bien inégale à l'échelle des IRIS. Une bande centrale méridienne de Port-Royal à la porte d'Orléans concentre des parts supérieures à 10 % de la population totale. Certains IRIS ont des taux plus élevés : on retrouve ici des résidences -services ou des maisons de retraite. L'offre dans le 14^{e} est conséquente entre les établissements publics et les établissements privés.

Carte n° 13 - Répartition des 75 ans et plus dans l'arrondissement à l'échelle de l'IRIS



CONCLUSION

Le 14e est un laboratoire urbain : il conserve une mixité sociale avec un parc de HLM qui représente plus de 21% de l'habitat. Comme tous les autres quartiers parisiens, les quartiers se gentrifient peu à peu , y compris dans le quartier Plaisance qui attire pour son côté populaire. Les disparités socio-spatiales sont marquées à toutes les échelles. Si les 75 ans et plus se concentrent davantage dans le centre de l'arrondissement, une part importante se localise dans le sud de l'arrondissement, dans les quartiers moins favorisés.

CHAPITRE 3
BIEN VIEILLIR : UN PARADIGME SOCIÉTAL

INTRODUCTION

De « Sénior plus » à « Pleine vie », d'agévillage.com à sénioactu.com, magazines et sites internet prônent tous le bien vieillir et en donnent les modes d'emploi. Le « bien vieillir » est devenu une obligation sociétale. Mais qu'est-ce que bien vieillir ? N'y a-t-il pas ici un paradoxe entre le grand âge, la perte d'autonomie progressive et le concept du bien vieillir ? Ce paradigme fait référence à la santé, et à ses déterminants médicaux et sociaux mais aussi à l'intégration de chaque personne dans la société et au sein d'un territoire administré et aménagé. C'est bien cet ensemble complexe qu'il nous faut aborder en étudiant les liens entre santé et vieillissement, et en se penchant plus particulièrement sur la qualité de vie au grand âge.

3.1 LA SANTÉ AU GRAND ÂGE

3.1.1 L'impact du vieillissement sur la transition sanitaire

La gérontocroissance actuelle s'explique par une diminution des taux de mortalité des personnes très âgées. Cette situation s'insère dans une évolution épidémiologique sans précédent dans les pays développés. Les changements dans la structure des causes de décès furent étudiés dès les années 60 par Gabriel Omran et théorisés sous le nom de transition épidémiologique. Jusqu'au XVIIIe siècle, les historiens de la santé évoquent la succession de pathocénoses (Gmrek) qui maintiennent des taux de mortalités élevés. A partir de 1750 le passage d'une pathocénose à l'autre correspond à un progrès décisif de l'espérance de vie. L'industrialisation apporte avec elle de meilleurs rendements agricoles, un développement des transports permettant un meilleur approvisionnement des populations urbaines et rurales. Les progrès de l'hygiène puis de la médecine permettent de mieux lutter contre les maladies infectieuses. Commencent alors la première phase de la transition démographique où les taux de mortalité baissent, suivis par des taux de natalités. : Gabriel Omran propose de théoriser

cette évolution en proposant trois âges : le premier correspond à la période où les taux de mortalité et de natalité sont élevés, c'est l'âge de la pestilence et de la famine, l'espérance de vie se situant au-dessous de 30 ans. Le deuxième âge, appelé transition, correspond au recul des épidémies, l'espérance de vie progresse alors de 30 à 50 ans. Le troisième âge est celui de l'arrivée d'une situation nouvelle et stable, celle des maladies de dégénérescence et des maladies de sociétés, la mortalité régresse et tend à se stabiliser à de faibles taux. Les maladies dégénératives correspondent aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux diabètes ou encore aux troubles du métabolisme. Cette théorie de la transition épidémiologique est remise en cause dans les années 80-90 : dans les pays occidentaux, l'espérance de vie continue d'augmenter sous l'effet du recul des maladies cardiovasculaires : on parle alors de 4è phase de la transition (S.J. Olshansky, A.B, Ault, 1986). C'est la révolution cardiovasculaire qui permet la baisse de la mortalité. L'arrivée du VIH sida, bouleverse davantage la transition de Gabriel Omran et Stuart Jay Olshansky ajoutent alors un 5ème âge « *the âge or reermenge of infectious and parasitic diseases* » et Omran en 1998 évoque un « *age of aspired quality of life paradoxical logevity and persisent inequities* ». Ces quatrième et cinquième phases sont contestées par Vallin et Frenck ou encore Horiuchi. Si l'idée de transition de G.Omran est reprise, c'est pour évoquer les différentes transitions qui se sont opérées depuis la préhistoire. Horiuchi(1999)[60] évoque la coexistence de plusieurs profils épidémiologiques qui pourraient expliquer les situations bien différentes observées aujourd'hui.. Vallin et Meslé (2010)[61] proposent une nouvelle grille d'explication des évolutions de la santé et de l'espérance de vie, préférant la notion de transition sanitaire également en trois étapes. La première étape concerne, en France, la période 1750-1960, période durant laquelle le profil épidémiologique des Européens fût bouleversé et qui inspira G.Omran. La réduction des maladies infectieuses avec les progrès de la médecine et, en particulier l'arrivée des antibiotiques, la meilleure diffusion des médicaments par la mise en place des systèmes de sécurité sociale permet à l'espérance de vie de progresser et de triompher des maladies infectieuses. La deuxième étape est la révolution cardio-vasculaire : les progrès de la médecine et de la prise en charge ont fait baisser les taux de mortalité. La troisième phase se développe depuis les années 80 où les maladies mentales progresseraient dans les causes de mortalité. La France et le Japon seraient les deux pays où les maladies

[61] Barnay T et al « *Le vieillissement en Europe aspects biologiques, économiques et sociaux* », La Documentation française, Paris, 2007

mentales seraient le mieux contenues (par rapport aux Etats-Unis ou aux Pays-Bas) « *ayant déjà engagés une stratégie de prolongement de la vie des vieux réussissant à mieux contenir cette pandémie* » La comparaison entre la France, le Japon, les EU et les Pays- Bas met en avant l'idée de la troisième étape de la transition sanitaire centrée sur le processus du vieillissement (Vallin, Meslé 2010).

Ces débats entre transition épidémiologique et transition sanitaire sont emblématiques de la recherche d'une théorie générale sur le vieillissement de la population. J-M. Robine et J-P. Michel ont introduit quatre éléments pour mieux comprendre cette évolution du vieillissement : un accroissement des taux de survie des personnes malades, une maîtrise de la progression des maladies chroniques (entraînant un équilibre subtil entre la baisse de la mortalité et l'augmentation de l'incapacité), une amélioration de l'état de santé et des comportements sanitaires et enfin l'émergence de populations très âgées et fragiles expliqueraient une nouvelle expansion de la morbidité. Les deux auteurs vont plus loin, et proposent d'établir des mesures universelles du déclin fonctionnel avec une harmonisation nécessaire au niveau mondial. Dans ce dessein, ils proposent la mise en place d'une enquête internationale du vieillissement qui permettrait d'avoir une vision globale.[62]

3.1.2 Des déterminants aux indicateurs

3.1.2.1 Des déterminants…

Pour Jean-Claude Henrard, apprécier la santé au grand âge n'a pas de sens, comme aux autres âges de la vie. « *En pratique, le vieillissement biologique (la sénescence) peut donner lieu à plusieurs types d'effets qui interfèrent avec la santé. Globalement, il se traduit par un déclin des* capacités *de l'organisme à maintenir ses fonctions internes faces à des agressions physiologiques extérieures telles que les maladies ou les accidents pouvant entraîner la mort. […] Le grand âge est celui où la proportion d'individus atteints d'incapacités fonctionnelles pouvant retentir sur la vie quotidienne et nécessiter l'aide de leur entourage ou de la collectivité est la plus élevée.*» (J-C Henrard, 2004). Il rappelle que la présence de la maladie et d'incapacités n'est pas synonyme de mauvaise santé : « *La définition de la santé la plus opérationnelle pour cet âge est l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux compte tenu des incapacités.* ».Les déterminants qui entrent dans la compréhension de l'état de santé d'une personne sont nombreux quel que soit son âge. On distingue d'une part les

[62] Robine J_M, Michel J6P, (2007), A la recherche d'une théorie générale sur le vieillissement de la population, Barnay et al, *op.cit*

déterminants biologiques et médicaux, d'autre part les déterminants sociaux et culturels auxquels nous ajouterons des déterminants territoriaux.

La sénescence s'accompagne de polypathologies, de maladies dites chroniques. Le rapport 2009-2010 sur l'état de santé de la population en France[63] ainsi que des enquêtes européennes comme l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)[64] dresse le tableau des différentes pathologies au grand âge : maladies ostéo-articulaires, cardio-vasculaires, cataracte, pulmonaires chroniques et asthmes, démences, maladie de Parkinson et les cancers. Plusieurs facteurs de risques associés sont également recensés comme l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, la consommation de tabac ou d'alcool. (Barnay T., Serment, C, 2007) « *la prévalence de certaines maladies avance avec l'âge, le lien entre pathologies, perte d'autonomie et vieillissement dépendant de leurs sévérités et de la capacité à mobiliser des ressources pour les compenser.»* Certaines maladies sont chroniques et n'entraînent pas forcément des incapacités fonctionnelles. En dehors de la polypathologie, les chutes nous intéressent davantage, car elles en sont en lien direct avec les mobilités. Avec les accidents de la vie, elles sont à l'origine d'incapacités sévères ou de causes de mortalité. En France, en 2005, 4,5% des 65 ans et plus sont victimes d'une chute accidentelle, 3% des hommes et 4,5% des femmes.[65] Selon le baromètre santé de l'INPES, une personne âgée de 65 à 75 ans sur quatre estime avoir fait une chute dans les douze derniers mois. 24% des chutes sont bénignes, 38% ont fait l'objet d'un traitement ultérieur. L'hospitalisation après le passage aux urgences est plus importante pour les plus âgés : 43% au-delà de 90 ans contre 29% entre 65 et 69 ans. Selon l'étude Etude Permanente des Accidents de la vie Courante (EPAC)[66] , 62% surviennent à la maison ou dans les abords extérieurs (7%), 16% sur la voie publique, 9% en maison de retraite. Les chutes se produisent le plus souvent lors des activités domestiques, 5% lors de courses et 4% lors d'activités de bricolage. Les taux de mortalité augmentent avec l'âge, les taux de mortalité standardisés, en 2004, étant de 36,5 pour 100 0 00.

Certaines maladies sont chroniques et n'entraînent pas forcément d'incapacités fonctionnelles.

[63] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er747.pdf et http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html,
[64] http://www.share-project.org/
[65] Etat de la santé de la population en France en 2009-2010, Objectif 99, chutes des personnes âgées. En lignehttp://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/99chute_des_pers_agees.pdf
[66] Cette étude est menée par l'Institut National de veille sanitaire

Les inégalités sociales de santé sont présentes à tous les âges : les trajectoires de santé et les trajectoires sociales sont souvent confondues (Lang ; 2009). Les études longitudinales soulignent les inégalités sociales de santé (A.Leclerc, 2000) : origine sociale, mode de vie, emploi, trajectoire personnelle, ont façonné les aînés et contribuent à expliquer leurs difficultés ou au contraire des conditions de vie plus agréables. Le diplôme et la catégorie sociale sont deux facteurs discriminants dans la mortalité aux grands âges. Selon l'INSEE, dans les conditions de mortalité des années 2000-2002[67], les femmes âgées de 86 ans et ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat ou plus ont une espérance de vie de 7,1 ans contre 6,1 pour les femmes n'ayant pas de diplôme. Pour les femmes, les risques de décès diminuent lorsque le niveau d'études s'élève. Pour les hommes, l'écart est sensiblement plus faible avec 5,2 ans pour les diplômés, 4,5 ans pour les non-diplômés. Cette étude montrait également que les différences de mortalité diminuaient avec l'âge. À partir de 92 ans, le niveau d'études et la classe sociale ne sont plus significatifs. Les taux de mortalité à 85 ans sont plus élevés chez les ouvriers et les employés soit 6% de plus que pour les artisans-commerçants et 11% de plus pour les anciens cadres ou professions intermédiaires. Depuis 35 ans, l'espérance de vie a augmenté pour toutes les catégories sociales maintenant même si les écarts entre Cadres et ouvriers se sont maintenus. : ils sont atténués chez les femmes et demeurent plus importants chez les hommes. Les dernières études de l'INSEE, en octobre 2011, montrent que si les inégalités face à la mort sont toujours forte en fonction de la catégorie sociale, les comportements de santé modifient certaines tendances : ainsi les femmes ouvrières vivent-elles plus longtemps que les hommes cadre. Bien que les ouvrières cumulent des facteurs de risque défavorables pour leur santé, elles ont un meilleur comportement de santé, fumant et buvant moins et ont un meilleur suivi médical.[68] Les inégalités sociales face à la mort sont plus marquées chez les jeunes et s'atténuent après 90 ans, les personnes les plus fragiles étant décédées.

Un dernier facteur, peu pris en considération par les études, est celui de l'environnement de la personne âgée. L'environnement urbain ou rural conditionne l'accessibilité aux services de proximité, de soins, et à la mobilité des personnes âgées; les déterminants socio-environnementaux sont à prendre en considération dans l'évaluation globale de l'état de santé des personnes âgées (Richard, 2009) Cette approche écologique établit les interactions entre

[67] Robert-Bobée, I., Cadot, O., Mortalités aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale, INSEE PREMIERE n°1122, février 2007, 4p.
[68] Blanpain, N., L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent, INSEE PREMI7RE, n°1372, octobre 2011, 4P

les déterminants socio-environnementaux et l'état de santé des personnes âgées. Cette démarche est primordiale dans la compréhension de la perte ou du maintien de l'autonomie quel que soit l'âge de la personne.

3.1.2.2 les indicateurs subjectifs de la santé

La santé perçue est, avec la mortalité et l'espérance de vie, un des indicateurs les plus largement utilisés. Le plus souvent, la santé perçue est utilisée aux échelles nationales et internationales pour analyser l'état global de santé d'une population. Elle est parfois dénommée santé estimée par les sociologues, ou santé subjective. « *Elle s'écarte des mesures plus objectives du savoir médical, parce qu'elle découle d'un jugement à la fois subjectif, lié au moral du sujet, à son plaisir à vivre, à son courage à vivre et à contextualiser qui tient compte des situations, de l'âge, du milieu, des conditions de vie. Elle dépend également de la distance entre le savoir médical et le savoir profane. Enfin, l'appréciation de la santé dépend de la connaissance que les gens ont de leur propre état de santé et dépend de leur culture. […] La santé subjective et objective est liée à la place dans l'échelle sociale (métiers, instruction, catégorie professionnelle*) » (Françoise Cribier). La santé perçue est la perception par un sujet de son état somatique et psychique. Il s'agit à la fois de l'estimation posée par le sujet (self perceived health), du jugement qu'il porte (self rated health) et de l'énonciation (self reported health) exprimée dans une relation avec l'enquêteur.

Le bilan portant sur l'état de santé des Français (2009-2010)[69] établit par classe d'âge de la santé perçue. Pour les 75 ans et plus, 25% des 75-84 s'estiment en bonne santé ; 45% en moyenne santé et 30% en mauvaise santé (hommes et femmes confondus). Au-delà de 85 ans, la différence entre hommes et femmes est plus marquée : 29 % pour les hommes s'estiment en bonne ou très bonne santé contre 22% des femmes, 36% des femmes en assez bonne santé et 35% pour les hommes et enfin 42% des femmes en mauvaise santé contre 36% pour les hommes. Les femmes très âgées ont davantage une santé perçue mauvaise : le veuvage et la solitude les affectent davantage, les fragilisent. Elles vivent cependant plus longtemps.

On retrouve le poids des inégalités sociales dans la perception de la santé : les études établissent des corrélations significatives entre la plus ou moins bonne santé perçue et le fait de vivre seul, d'avoir de faibles revenus, d'être propriétaire ou locataire de son appartement. L'isolement dans les campagnes, le manque de soutien affectif et le manque d'activités sociales, aux différents âges de la vie, sont autant d'éléments qui se superposent et qui

[69] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Inidcateurs_2009_2010__Inegalites_sociales_de_sante.pdf

contribuent à maintenir ou non en bonne santé.[70] Le revenu est à la retraite de plus en plus discriminant : avec l'avancée en âge, les soins dentaires, la vue, l'audition sont autant de frais qui sont mis de côté par les personnes touchant le minimum vieillesse : l'accessibilité financière aux soins est un enjeu majeur au grand âge.

De nombreuses études établissent un lien entre la santé perçue et le capital social des personnes âgées. La notion de capital social s'est développée dans les années soixante-dix. Jaques Coleman et Robert Putman sont considérés comme les pères du capital social. Pour Robert Putman, le capital social désigne les « aspects de la vie collective qui rendent la collectivité plus productive, soit la participation, la confiance et la réciprocité ». Jacques Coleman[71] s'attache davantage au choix des individus qui nourrissent des actions et des relations qui sont à la fois structures sociales et ressources pour l'individu. Selon Pierre Bourdieu le concept de capital social est *« l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles d'un agent qui sont liées à un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances et d'inter reconnaissances* »[72]. Le concept de réseau social met l'accent sur la construction individuelle des relations constituant le réseau alors que le concept de capital social met en lumière la situation de l'individu et s'inscrit dans une dynamique sociale où son capital est à la fois hérité et construit (F. Deschenaux, C. Laflamme, 2009)[73] Robert Putman met en avant les liens entre capital social et santé mais aussi entre capital social et bien-être. Ichiro Kawachi montrant les liens entre une participation communautaire, le fait d'avoir confiance dans les autres et une moindre mortalité. Il établit une corrélation entre qualités de vie et capital social.

De nombreuses études ont exploré la relation entre capital social et santé des personnes âgées. Les liens sociaux renforcés, la vie de groupe, le contact entre amis et la famille ainsi que le soutien social perçu font baisser la mortalité » des cohortes vivant à leur domicile (Seeman et al 1987 et 1993). L'enquête transversale Health Survey for England (Andrew 2005)[74] a examiné la relation entre la capital social individuel et la santé des personnes âgées vivant à

[70] http://www.petitsfreres.asso.fr/mediastore/11/22064_1_FR_original.pdf
[71] Coleman J., (1988) « Social capital in the creation of human capital » American journal of sociology, n°94, p.95-120
[72] Bourdieu P. (1980), « Le capital social : notes provisoires » *Actes de la recherche en sciences sociales* n°31, p.2-3
[73] Deschenaux F, Laflamme C., « réseau socail et capital social : une distinction conceptuelle nécéssaire illustrée à l'aide d'une enquête sur l'insertion professionnelle de jeunes québécois » SociologieS, [en ligne] théories et recherches, mis en ligne le 2 juin 2009. http:// sociologies revues.org/index2902.html

domicile et en institution. Trois indicateurs comme le soutien apporté par des amis et la famille, la participation à des activités de groupe et la confiance à autrui sont corrélés chez les personnes vivant à domicile aux trois indicateurs de santé (santé physique et incapacité, santé mentale et santé auto-évaluée »: plus le capital social est élevé, meilleure est la santé. L'action du capital social sur la santé est toutefois critiquée, certaines études dont cette de B. Kenelly[75] ne mettent pas ces liens en évidence (S. Ponthieux, 2006). Plusieurs études s'inquiètent des liens effectués entre inégalités sociales et capital social. Certains craignent que, le fait d'attribuer un mauvais état de santé à la faiblesse du capital social d'une collectivité puisse conduire à réorienter les programmes politiques sur des interventions destinées à améliorer le capital social en se désintéressant de l'incidence sur la santé. (Pierce et Davey-Smith)[76]. La question qui se pose est de savoir si l'on peut utiliser le capital social pour améliorer la santé des personnes âgées.

Liée aux notions de capital social et de réseaux sociaux, la participation sociale apparaît dans les études anglo-saxonnes et européennes. La participation sociale est une notion polysémique qui recoupe une impressionnante variété de définitions : des chercheurs canadiens ont prospecté la littérature et en ont recensé quarante-trois.

La participation sociale s'appuie sur quatre fonctions principales :

- Fonctionnement dans la vie quotidienne participée socialement implique d'accomplir ses activités quotidiennes et de jouer des rôles sociaux ;

-Les interactions sociales sous la forme de visites à des amis ou de participation sociales hors du domicile,

-Un réseau social contenant des interrelations stables et réciproques,

- L'associativité structurée c'est-à-dire prendre part à une activité à caractère social comme faire du bénévolat, s'impliquer dans un parti politique…

Émilie Raymond[77] montre que la participation sociale des aînés est fortement liée aux inégalités sociales (l'état de santé, les conditions économiques, les expériences personnelles. Le niveau de scolarisation, l'âge et le sexe) et des facteurs environnementaux comme la présence de transports en commun, l'accessibilité des lieux récréatifs, l'accueil reçu sur les lieux de la participation sociale... : les mieux nantis et les plus en santé sont les plus actifs et plus à l'aise pour s'insérer dans une participation sociale. Elle rappelle aussi qu'il est crucial de

[75] Kennelly B et al (2003), « Social capital, life expectancy and mortality : a cross-national examination » *Social science and medicine*, n°56, p.2367-2377

[76] Cité par Melissa K Andrew « le capital social et la santé des personnes âgées » *Retraite et société* n°46 2005p131-145.

[77] Raymond E *et al* (2011), « la participation sociale : bonne pour la santé mais non exempte d'inégalités », *La santé de l'homme* n°411

maintenir le cap d'une activité volontaire et choisie et non d'imposer la participation comme une condition intrinsèque du bien-être des aînés[78] cette réflexion est importante, car si la prévention est majeure pour modifier les comportements ; elle ne doit pas stigmatiser les personnes qui par choix personnel estiment ne pas avoir besoin d'une participation sociale…le libre choix est essentiel dans le bien-être et la qualité de vie.

3.1.3 La qualité de vie liée à la santé

La qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la façon dont les individus perçoivent leur position dans leur vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent, en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations. Les déterminants de la qualité de vie sont multiples, «*c'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau de dépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement*». La qualité de vie est une notion considérablement développée dans la littérature. En gérontologie la notion de qualité de vie fut développée par le souci d'améliorer la vie du malade âgé souffrant de maladies chroniques et invalidantes[79]. Les sociologues s'intéressent, quant à eux à la vie des personnes âgées, à leurs réseaux relationnels, aux stratégies de conservation de la continuité de l'identité à la vieillesse. Peu d'études tentent d'englober à la fois le processus d'identité, le rapport à l'espace public ou encore le sentiment d'appartenance à l'espace. Clément évoque les difficultés de compatibilité entre les outils des gérontologues et les outils des sciences sociales pour évaluer une qualité de vie globale. Ainsi en matière de prévention, les gérontologues vont axer leurs effets sur le risque de chute ou l'isolement social. Les sciences sociales mettent plus en avant les ressources des individus : en effet, certaines personnes, dans une stratégie préventive, préféreront rester dans un appartement, peu commode et mal aménagé, duquel elles sortiront peu si l'ascenseur est en panne, mais dans lequel elles s'estiment être chez elles. C'est toute la difficulté d'une évaluation quantitative. Il existe une multitude d'indicateurs qui répondent à des objectifs bien spécifiques. Il existe des indices de qualité de vie spécifiques liés à des pathologies spécifiques, des échelles de qualité de vie en institution. [80].

[78] *Op ;cit*
[79] Clément S *et al*(2005), Usages, normes, autonomie : analyse critique de la biographie concernant le vieillissement de la population, Université de Toulouse le Mirail, 197p.
[80] Certains indicateurs sont spécifique au corps médical comme les indicateurs d'efficacité spécifique (conduisant à une diminution de la dépendance u de l'incapacité); des indicateurs de qualités de soins, des indicateurs d d'état de santé comme l'index de Karnosfsky, le SF36 ; les indicateurs de la valeur accordée à la santé (mesure de la douleur et la dernière est celle des indicateurs de qualité de vie fonction).

Elle se quantifie par des indices ou des échelles de qualité de vie englobant la santé psychologique et le bien-être, la santé physique, les relations et les activités sociales et le bien-être matériel (statut économique). En France l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) utilise, pour le baromètre de la santé des français, le profil de Duke, pour évaluer la santé ressentie et déclarée des individus par dix-sept items. La santé physique, sociale et mentale produit un score de santé général auquel s'ajoutent des indices pour évaluer l'anxiété, la douleur, la dépression, l'estime de soi et l'incapacité.

Un autre indicateur, le WHOQOL 26 (World Health Organisation Quality of Life) est un instrument créé par l'OMS. Il est reconnu pour ses qualités psychométriques ainsi que sa sensibilité aux changements de perception en population.

L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham (ISPN) développé en Grande-Bretagne dans les années soixante-dix est un indicateur pour surveiller une population à un moment donnée. Ce fut le premier questionnaire de qualité de vie adapté en Français. La version allégée utilisée par l'Institut de Veille Sanitaire comporte 38 questions portant sur le sommeil, la mobilité physique, la douleur, les réactions émotionnelles, l'isolement social. Cette échelle fut utilisée dans le cadre de l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées en Bourgogne en 2002(ORS Dijon) en 2002.

Le SF36 (Medical Outcome Study Short Form 36 items Health survey) permet d'évaluer la santé physique et mentale d'un individu à l'aide de trente-six questions relatives à huit dimensions de la santé . L'échelle qui en résulte est utilisée par l'INSEE dans le cadre de ses enquêtes décennales santé.

L'ensemble de ces indicateurs de qualité de vie liés à la santé n'englobe pas l'environnement de la personne avec précision. Le protocole Paris-New-York a tenté tout en s'appuyant sur le SF 36 d'incorporer des questions liées à la perception environnementale comme le sentiment de sécurité et l'attachement au quartier pour étudier les liens entre la santé, le capital social et l'environnement urbain.[81]

[81] CADOT E., SPIRA, A. (2006), Canicule et surmortalité à Paris en août 2003, le poids des facteurs socio-économiques, *Espaces, populations et sociétés*, n°2-3, p. 239-249

3.2 DE L'AUTONOMIE, FRAGILITÉ ET DÉPENDANCES : LES CONTROVERSES

3.2.1 Des controverses

Le concept d'incapacité s'applique à tous les problèmes de santé en fonction du niveau de gravité et de soins nécessaires. Geneviève Coudin rappelle que s'intéresser à la morbidité de la population âgée, c'est aller au-delà du simple dénombrement des maladies et étudier plus spécifiquement les conséquences des pathologies sur la vie quotidienne (G. Coudin, 2002).[82] Les incapacités responsables de la perte d'autonomie sont au cœur des enjeux du vieillissement. L'allongement de la durée de la vie permet une vie en bonne santé plus longue. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est un indicateur précieux en particulier dans la prévision des politiques sanitaires. L'EVSI prend en compte la quantité et la qualité des années vécues (J-M Robine, P Mormiche et C Sermet 2004). En 10 ans, entre 1981 et1991, l'EVSI à la naissance a progressé de 3 ans pour les femmes et de 2.6 ans pour les hommes. Au cours des années 90, L'EVSI a progressé pour les activités de soins personnels, mais a stagné pour les troubles fonctionnels sensoriels ou physiques sans difficultés pour les soins personnels (E. Cambois, 2011). Les dernières estimations de 2008 évoquées dans le rapport demandé par le gouvernement lors des débats sur la dépendance en 2010-2011 montrent que les troubles fonctionnels et sensoriels ne sont pas l'apanage du seul grand âge et commencent dès la tranche d'âge 50-64 ans. L'analyse montre également que la progression de l'EVSI est plus faible que celle de l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, il semblerait que les espérances de vie sans limitations fonctionnelles ne progressent plus au-delà de 65 ans et sont moins favorables pour les 50-64 ans. L'espérance de vie sans restriction pour les activités de soins personnels est en augmentation mais moins rapide que celle de l'espérance de vie à la naissance.

Mais de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque l'autonomie, la dépendance ou encore la notion de fragilité. Plusieurs écoles s'affrontent sur la définition de la dépendance entre la vision purement médicale et la vision sociologique : ces débats sont importants, car ils influencent l'évolution de la politique publique du vieillissement.

[82] COUDIN G., PAICHELER G., (2002), santé et vieillissement, approche psychosociale, Armand Colin, 171 p.

Bernard Ennuyer[83] rappelle que la notion de dépendance est apparue dans les années soixante –dix. Le Docteur Delomier la définissait en 1973 : « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie »

En 1984, le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, définit la dépendance conne étant « *la subordination d'une personne d'une autre, ou à un groupe, famille ou collectivité* ». C'est à partir de 1997 que la définition officielle de la dépendance est donnée : « *la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière* »article 2. [84] L'autonomie se définit par la capacité et la possibilité d'une personne à conduire son quotidien sans faire appel à autrui et /ou selon sa propre volonté. La perte d'autonomie équivaut à la perte de cette capacité ou de cette possibilité[85] « Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales qui peuvent s'accompagner de maladies aigües ou chroniques. Bien plus que la nature des incapacités, ce sont leur simultanéité, leur intensité, leur durée, leurs répercussions fonctionnelles négatives et les possibilités de les compenser qui déterminent la perte d'autonomie »[86]

Joël Ankri recense trois approches de la dépendance[87] :

- l'approche biomédicale, qui se limite aux seuls besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne résultats de l'incapacité liées à des pathologies chroniques ;
- L'approche médico-sociale, qui repose sur la nécessité de l'action d'un tiers pour que la personne âgée puisse réaliser les actes de la vie quotidienne qu'elle ne peut plus réaliser seule
- L'approche sociale, pour laquelle la notion de dépendance en gérontologie résulte d'une construction sociale qui permet de justifier l'intervention des pouvoirs publics.

[83] Intervention de Bernard Ennuyer lors du colloque de Sciences Médico-Sociales des académies de Paris, Créteil et Versailles, Colloque vieillissement et citoyenneté, 29 janvier 2004. En ligne http://www.ac-créteil.fr/sms/idf
[84] Loi de 1997 sur la PSD
[85] Définition du dictionnaire de gérontologie sociale
[86] Définition issue du rapport : Perspectives pour un vieillissement en santé en 2008
[87] Ankri, J.,(2007) Dépendance, incapacités , handicap, in, Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux, La Documentation Française,

L'approche médico-sociale est privilégiée et notamment le maintien des rôles sociaux de la personne. Leur altération montre alors une altération de l'état de santé, une forme de fragilisation.

3.2.2 L'évaluation de la perte d'autonomie

La perte d'autonomie est liée à la notion de handicap. L'OMS définit trois niveaux de handicap dans la Classification Internationale des Handicaps (CIH) permettant de mieux suivre l'évolution d'une personne en s'appuyant sur l'échelle de Wood[88] : la déficience, l'incapacité et le désavantage social. La déficience est définie comme une « *perte de substance ou d'altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou atomique* ». Ces déficiences peuvent être physiques, mentales ou sensorielles. Elles sont la forme de l'extériorisation de la maladie, de la malformation ou de l'accident. Ces déficiences sont difficiles à évaluer. Les incapacités sont quant à elles définies comme étant « *la réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain : cette limitation d'activité est la forme objectivée de la maladie, de l'accident* ». Enfin, le désavantage social « *résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal* (par rapport à l'âge, au sexe aux facteurs sociaux et culturels. L'OMS propose six rôles à partir desquels on peut évaluer le désavantage social (cf. annexe). Ainsi, la dépendance pour les activités de la vie quotidienne est-elle une des dimensions du désavantage lorsque l'on souhaite évaluer les besoins en matière d'assistance (E. Cambois, JM Robine, 2003).[89] La notion d'incapacité contient d'une part les limitations fonctionnelles se traduisant par des difficultés pour marcher, tendre un bras, entendre, et de l'autre, les restrictions d'activités qui sont plus proches du désavantage. Les limitations fonctionnelles ne conduisent pas toutes à des restrictions d'activités. Les désavantages sociaux dépendent du vécu, de ressources personnelles de l'environnement du sujet qui forment les déterminants sociaux de la santé.

Différents indicateurs permettent d'évaluer le degré d'incapacité et de désavantage social. En France, l'enquête PAQUID est une cohorte composée de deux groupes de sujets correspondant à deux générations différentes l'une née entre 1903 et1912, l'autre entre 1913 et 1922 vivant à domicile en Dordogne et en Gironde. Les activités de base et instrumentales

[88] Echelle de Wood : maladie => déficience=>incapacité=>désavantage
[89] *Op.cit*

de la vie courante, la mobilité et le confinement, furent mesurés pour apprécier le degré d'incapacité et de désavantage social. Les activités de la vie quotidienne(AVQ) furent évaluées à l'aide de l'échelle de Katz (cf. annexe), les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) évaluées selon le seuil de Lawton la mobilité des sujets (réalisation de gros travaux domestiques, la marche entre 500 m et 1 km et les déplacements dans les escaliers, c'est-à-dire monter et descendre deux étages, en fonction de l'échelle de Rosow et Breslau). Les auteurs ont ensuite créé un indicateur combinant les trois échelles (Barberger-Gateau, 2001)[90]. Ce sont les AIVQ qui nous intéressent plus particulièrement pour appréhender la vie quotidienne des aînés et mieux comprendre les difficultés fonctionnelles qui peuvent influer sur la mobilité et la perception du territoire de vie Entre les deux générations, une nette progression fut observée pour quatre des huit items de l'AIV.

L'enquête handicaps-incapacités-dépendance (HID) lancée en 1998-1999 est une enquête de l'INSEE s'intéressant aux conséquences des problèmes de santé, sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes quel que soit leur âge. Cette enquête fait référence en France et se poursuit au fur et à mesure des recensements à domicile ou en institution. Des outils de mesure permettent d'évaluer le degré de perte d'autonomie dans l'objectif d'une prise en charge administrative de la dépendance .Ces définitions privilégient la vision médicale : la grille Aggir (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) analyse les incapacités fonctionnelles de la personne. L'évaluation de la personne se fait sur la base de dix-sept variables, dix sont dites discriminantes et se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du groupe iso-ressources. Sept variables dites illustratives concernent la perte d'autonomie domestique et sociale, mais n'entrent pas dans le calcul du Gir. L'analyse de la grille permet d'estimer le degré de perte d'autonomie de la personne et la rend ou non éligible pour recevoir une aide financière. Depuis la constitution de la grille, les critiques sont nombreuses : Jean-Claude Henrard et Joël Ankry en 1999, regrettent que la grille ne prenne pas en considération la santé mentale[91]. La CNAV regrette l'absence de déterminants sociaux et notamment les liens sociaux des personnes âgées. Pour les sociologues la dépendance est *« une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* » la dépendance dépasse ici le cadre « incapacitaire » et devient selon Bernard Ennuyer une dépendance-lien social.

[90] Enquête PAQUID
[91] S. Clément, 2005, op cit

Ainsi, la dépendance « incapacitaire » renvoie-t-elle à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique. La dépendance lien social renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, dans une forme d'organisation sociale déterminée. Cette vision de la dépendance se place davantage dans la prévention, l'autre dans le soin. Alain Colvez précise, en 2003, que « *cet outil, au demeurant sensible à la variation de certains items, tend à mesurer les degrés d'incapacité et non des niveaux de dépendance, tandis que le groupage en Gir ne traduit qu'une correspondance moyenne* ». Le rapport de la dépendance de 2011[92] évoque également d'autres problèmes de fonctionnement : les contrastes départementaux en matière du nombre de personnes bénéficiaires, des pratiques différentes entre les équipes d'évaluation d'un département à l'autre pourraient expliquer 32 % des différences notables entre les départements. Les différences les plus nombreuses se font ressentir dans l'attribution du GIR4. Selon les départements, la part du Gir 4 varie de 30% à 51 %, contribuant le plus fortement aux disparités d'ensemble. Les départements d'Île-de-France sont ceux où la proportion de bénéficiaires dans la population âgée est la plus faible. 62% des écarts interdépartementaux s'expliquent par des variables sociodémographiques parmi lesquelles 35 % par la part de la population rurale, 14% par la part des personnes âgées touchant le minimum vieillesse et 5% par la part des agriculteurs.[93] Malgré des dysfonctionnements locaux et des interprétations de la grille qui sont parfois contestées, la grille Aggir demeure aujourd'hui un instrument facile d'utilisation et bien connu des travailleurs sociaux. Outre cet indicateur, il semble maintenant essentiel de doubler cette évaluation d'un outil multidimensionnel prenant en compte l'ensemble des déterminants influençant l'état de santé et la perte d'autonomie.

3.2.3 La fragilité : un concept discuté, mais au cœur des politiques de prévention

Entre l'autonomie et la dépendance est apparu dans les années 70 la notion de fragilité, qui elle aussi fait couler de l'encre. Il s'agit de la notion de « frailty » anglo-saxonne, notion introduite dans le corps médical pour identifier une sous-population de personnes âgées à plus grand risque de mortalité et d'incapacité. [94]Sa définition a évolué au cours du temps, mais ne fait toujours pas consensus. Plusieurs approches existent : l'approche fonctionnelle pour laquelle l'incapacité est le marqueur de la fragilité, une approche médicale qui associe les syndromes gériatriques à la fragilité (comme la chute par exemple) et enfin une approche

[92] www.solidarité.gouv.fr
[93] Jeger F ;(2005), L'APA, une analyse des disparités départementales en 2003, Etudes et résultats n°372, DREES.
[94] Gérontologie et société

physiologique qui assoie une perte des réserves physiologiques et risque d'incapacité (P.Lebel et Al, 1998)[95]. En dehors du champ médical la fragilité est souvent traduite par le terme de vulnérabilité. La vulnérabilité est plus en rapport avec une agression de l'environnement sur la personne, son origine latine fait état d'une blessure. La fragilité correspond davantage à un état de la personne qui serait diminuée pour de multiples raisons. Ainsi, une personne serait-elle vulnérable parce qu'elle est fragile.[96] Trois indicateurs de fragilité apparaissent dans la littérature, l'indicateur de Guilley et al (Suisse), l'indicateur de Strawbridge et al (Californie) et le HID. Sylvie Renaut évoque quatre dimensions pour évaluer les personnes fragiles : les difficultés ou troubles physiques, les difficultés de mobilité ou incapacités motrices, les capacités sensorielles ou troubles de l'ouïe et de la vue, enfin les capacités cognitives ou troubles de la mémoire.

L'étude de la cohorte SWILSOO (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old), dirigée par Christian Lalive d'Epinay étudia les trajectoires de vie et de santé dans la grande vieillesse, leurs déterminants, ainsi que l'impact des perturbations majeures et les formes de régulations. Il suivit deux cohortes d'octogénaires la première née entre 1910 et 1914 la deuxième née entre 1915 et 1919. Cette enquête permit de distinguer trois états de santé (ou statuts de santé) à savoir la dépendance associée à l'incapacité d'accomplir soi-même des actes de la vie quotidienne, la fragilité définit par la perte progressive et inévitable avec l'avancée en âge des réserves physiologiques et senso-motrices affectant la capacité de résiliences des individus et enfin le statut d'indépendance pour des personnes ni fragiles ni dépendantes. Ces trois statuts identifiés permettent d'aller au-delà de la simple distinction sociétale autonomie dépendance. Le passage de l'un à l'autre est différent et non obligatoire en fonction des personnes. « *Voilà qui casse l'opposition dualiste entre un troisième âge, qui serait celui de toutes les possibilités, suivi d'un quatrième, de tous les maux. La réalité est bien différente ; vieillir implique de devoir affronter la fragilisation de son corps et de son esprit atteindre le grand âge ne conduit pas nécessairement à devoir se résigner à le vivre en état de dépendance*. » (S. Pin, 2009).[97] Elle montre également que si l'âge est un accélérateur, il n'est pas le déterminant de la dépendance.

De l'autonomie à la dépendance, il existe des seuils, des passages d'acceptation de sa nouvelle condition. Toutes les réflexions actuelles se portent sur la définition des personnes âgées dites « fragiles »: la fragilité dans son acceptation générale et non médicale est

[95] Cité par Sylvie Renaut « Du concept de fragilité à la girllr Aggir » Gérontologie et société n°109
[96] Page 109, dictionnaire de gérontologie sociale
[97] *Op.cit*

multifactorielle : elle est la résultante de déterminants cumulés sur une période donnée : cette fragilité correspond davantage à une situation particulière pendant une période donnée où les déterminants médicaux, sociaux, économiques, se sont cumulés. Ainsi tout comme la santé perçue est un indicateur d'une fragilisation, d'autres indicateurs liés à la mobilité, à la perception du territoire, à la connaissance des services publics ou privés et à leur accessibilité physique ou financière contribuent à mieux comprendre la période dans laquelle une personne peut être fragilisée quel que soit son âge. La bonne santé, c'est d'abord de pouvoir s'adapter à son environnement social et y fonctionner au mieux.

3.3 VIEILLISSEMENT EN SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE : UNE APPROCHE TERRITORIALE ET INTERGÉNÉRATIONNELLE

3.3.1 Le vieillissement en santé : du concept à la promotion de la santé

3.3.1.1 Du concept au modèle…

Depuis les années 2000, le vieillissement en bonne santé, le vieillissement actif ou encore le « bien vieillir » sont apparus sur la scène internationale dans la recherche et dans les politiques publiques. Une nouvelle ère se met en place depuis une dizaine d'années dans l'objectif de la promotion de la prévention de la santé vis-à-vis des aînés.

Le concept du « bien vieillir », né dans les années soixante, prend son essor en 1986 lors de la réunion annuelle de la Gerontological Society of America. « Ce concept conduit à une perception positive du vieillissement et offre l'alternative d'une prévention associée à la vieillesse »[98](M.Gangbé ; F. Ducharme, 2006). Plusieurs modèles font état de grands déterminants de la santé de personnes âgées, d'autres sont centrés sur les étapes des processus de perte d'autonomie, de fragilisation, sur les processus d'adaptation, les stratégies compensatoires. Certains modèles présentent une gamme de services pour répondre aux besoins de la santé et enfin d'autres encore proposent de grandes stratégies d'intervention (soutien à la planification des interventions et politiques publiques).

Plusieurs modèles existent avec deux approches différentes, la première est unidimensionnelle, appréhendant le vieillissement du point de vue d'une seule discipline scientifique privilégiant soit le « vieilli biologique », soit le « bien vieillir » cognitif soit le

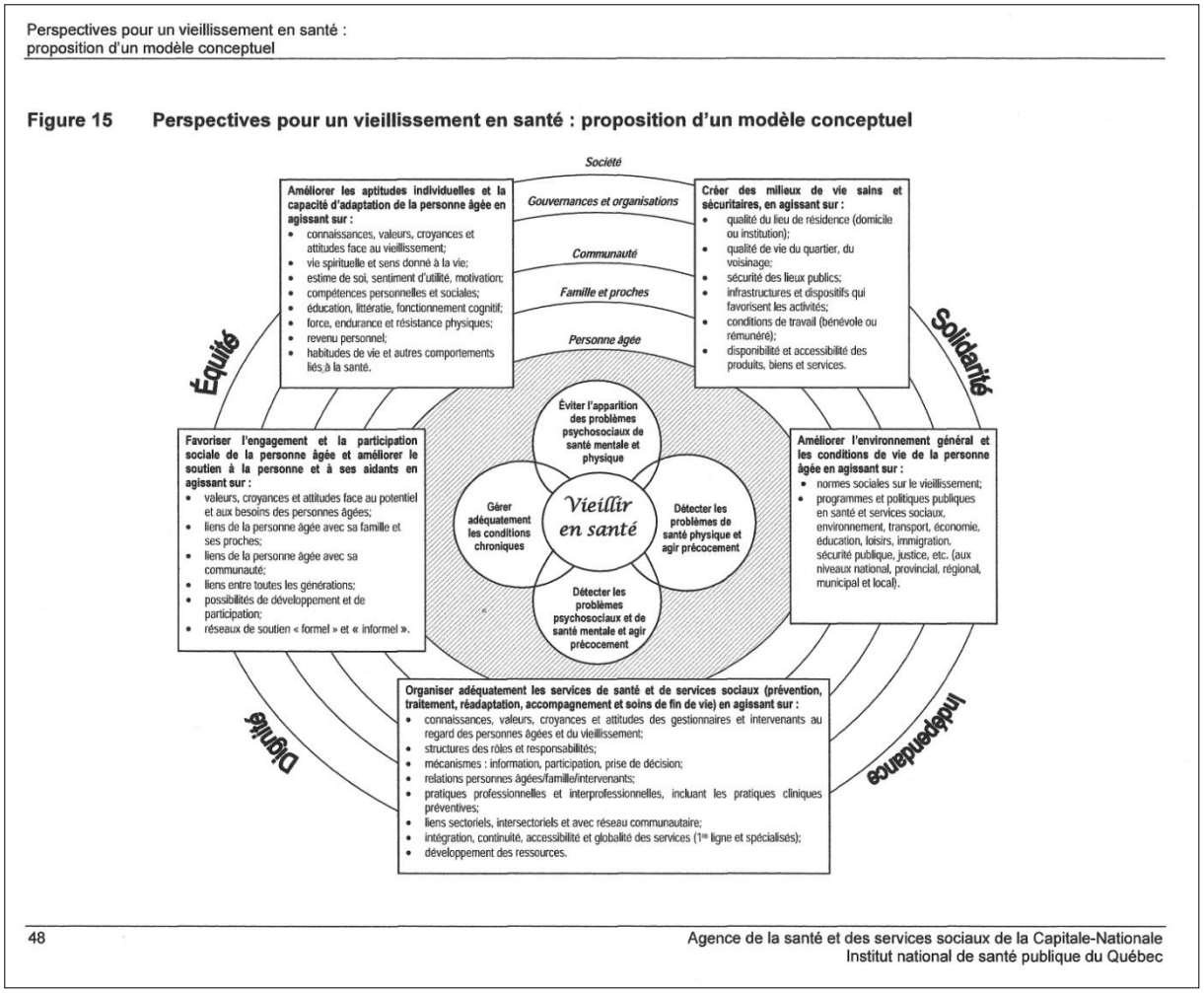
[98] Gangbé M., Ducharme F., (2006), « Le « bien vieillir », concepts et modèles », M /S : médecine sciences, vol 22, n°3, p.297-300. En ligne : http://id.erudit.org/iderudit/0127885ar

bien vieillir psychosocial, la deuxième approche est quant à elle multidimensionnelle. (cf. annexe). Les modèles les plus cités dans la littérature sont ceux de Rowe et Khan[99] où le bien vieillir est « *un état, une condition objective et mesurable à un moment donné, un état meilleur que celui du vieillissement normal* ». Le bien vieillir inclut trois composantes inter-reliées : l'absence de maladies ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social. Le modèle de Baltes et Baltes (cf. annexe 5) s'appuie sur trois composantes qui permettent à chaque individu de contrôler sa vie : la sélection, le choix d'objectifs, l'optimisation. Le choix est l'application des moyens les meilleurs pour atteindre les objectifs et la compensation (adoption de moyens de substitution lorsque les moyens initiaux ne sont plus efficaces.) Dans cette approche les compétences des individus s'amenuisant avec l'âge, bien vieillir c'est optimiser au mieux sa vie en utilisant des stratégies. Ce modèle met l'accent sur la motivation, la capacité d'adaptation et la résilience comme déterminants majeurs du bien vieillir.
L'Institut national de santé du Québec s'est appuyé sur l'ensemble des modèles existant pour concevoir un modèle conceptuel pour un vieillissement en santé. Le modèle de l'institut national de santé du Québec s'est appuyé sur le résultat de l'analyse de ces modèles et s'inspire du modèle de l'Alberta et de Rowe et Kahn. (cf. annexe 4)

Le concept central du vieillissement en santé désigne un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes âgées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social mental et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie. La définition de la santé retenue est celle de l'OMS. La santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie, le modèle s'appuie sur des principes : équité, solidarité, indépendance dignité. Il permet d'établir des axes d'intervention comme agir sur les déterminants de la santé des personnes âgées, créer des milieux de vie sains et sécuritaires, améliorer l'environnement général et les conditions de vie de la personne, organiser les services de santé et les services sociaux, favoriser la participation sociale de la personne et le soutien à la personne ; éviter les problèmes psychosociaux, les problèmes de santé physique et mentale par la réduction des facteurs de risque ; détecter les problèmes de santé physique et agir précocement. Ce modèle

écologique met en exergue la diversité et la complexité des facteurs qui influent sur l'état de santé des personnes âgées et a le mérite d'associer l'ensemble des acteurs concernés par le vieillissement. « *Ce modèle n'est pas un plan d'action mais un ensemble de stratégies, un inventaire soulignant le caractère multiforme du vieillissement* »[100].

Figure n° 1 - Modèle conceptuel québécois du vieillissement réussi



Source : Perspective pour un vieillissement en santé ; proposition d'un modèle conceptuel, 2006

Pour l'OMS, c'est la vision du vieillissement « en restant actif » qui prédomine. La charte d'Ottawa en est un pilier, la prévention de la santé des aînés s'inclut dans une politique de vieillissement actif[101] : *« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire des besoins et évoluer avec son*

[100] Modèle conceptuel du vieillissement réussi
[101] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

milieu oui s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu.»21 novembre 1986

Dans cette optique de prévention, l'OMS a développé en 2005 le programme « Ville Amie des Ainés » (VADA) en s'appuyant sur des expériences existantes. Une ville amie des aînés est une ville qui optimise les opportunités pour la santé, la participation sociale et la sécurité afin de promouvoir la qualité de vie pendant la vieillesse. Le vieillissement actif désigne «*une implication constante dans les activités économiques, sociales, culturelles et citoyennes* » [102] L'OMS a développé en 1999, lors du XVIII[e] congrès de gérontologie et de gériatrie de Rio de Janeiro, au Brésil une méthode commune appelée « le protocole de Vancouver ». Ce protocole met en place une unique méthode standardisée afin d'évaluer la qualité de l'environnement urbain considéré, selon l'opinion des personnes âgées de leurs aidants et des acteurs locaux. Huit aspects de la vie urbaine sont retenus selon les concepts du vieillissement actif de l'OMS. Les villes impliquées s'engagent à suivre un cycle continu d'évaluation et d'amélioration de leur environnement et de participation des aînés. Quatre cycles sont à respecter : établir des procédures qui vont impliquer des personnes âgées elles-mêmes tout au long du cycle ; mener une évaluation de base de l'environnement urbain local au regard du caractère favorable à l'épanouissement des aînés, conduire au sein de la ville un plan d'action de trois ans basé sur les résultats de l'évaluation précédente et identifier les indicateurs et évaluer la progression.»[103]

3.3.1.2 A l'échelle européenne

En 2003, l'Institut national suédois de santé publique avec le soutien de la Commission européenne et de douze partenaires parmi lesquels l'OMS, Européen Older people's Platform'AGE), Eurohealthnet, a lancé la programme « Healthy ageing » dans le cadre du Programme de santé publique de l'Union européenne. Le but de ce projet est l'échange de connaissances et d'expériences entre les décideurs politiques, les praticiens et les

[102] (C. Petitot et al, (2010) » vers des environnements –amis des aînés », in « Territoires gérontologiques contraintes, défis et controverses », *Gérontologie et société* n°132.
[103] http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf

Organisations Non gouvernementales (O.N.G.).[104] En 2004 l'Union européenne lance officiellement le programme pour les années 2004-2007. Ce plan d'action a une approche holistique du vieillissement en bonne santé dont l'objectif central est de permettre aux personnes âgées de réaliser un équilibre entre la capacité individuelle, ses objectifs et l'environnement social et physique. Ce plan d'action entre dans la promotion du vieillissement en santé. Dix thèmes sont sélectionnés pour assurer la promotion du vieillissement en bonne santé dont l'équité, l'autonomie, l'autodétermination ou encore l'hétérogénéité (Figure n° 2). Les personnes âgées représentent une valeur intrinsèque pour la société, il n'est jamais trop tard pour promouvoir la santé. Le projet Healthy ageing donne des recommandations aux institutions et aux États membres de l'Union.

Le vieillissement actif en bonne santé est au cœur de l'agenda européen : pour marquer le 10e anniversaire de Plan d'action des Nations Unies sur le vieillissement (Conférence de Madrid en 2002), l'UE a déclaré l'année 2012 « European year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012 » au cœur de l'objectif de la stratégie 2010-2020 de l'UE pour la croissance. Le vieillissement est ici considéré comme une priorité insérée dans l'objectif de croissance et comme un atout au sein de l'Union : « *La croissance intelligente implique de trouver les moyens innovants et flexibles d'aider les individus à travailler plus longtemps et d'exploiter les marchés des services et des produits à l'intention des personnes âgées, aujourd'hui en plein essor. La croissance durable implique d'aider les citoyens à vieillir en bonne santé et de façon active afin d'éviter de surcharger les services publics. En fin, la croissance inclusive implique d'offrir des opportunités et une bonne qualité de vie aux personnes âgées, dont le nombre ne cesse de croître*[105]. « Aider les travailleurs âgés à actualiser leurs compétences, faciliter le volontariat, être des citoyens actifs, faciliter les réseaux sociaux, prévenir la dépendance, favoriser les nouvelles technologies à domicile, améliorer l'accessibilité des transports sont autant de thèmes inclus dans ce vieillissement actif. Cela suppose des financements qui s'appuient sur les dispositifs européens tels que les fonds structurels, les fonds de cohésion européens mais aussi le deuxième programme d'action communautaire qui subventionne la promotion de la santé (Health programme 2008-2013 Together for Health). L'ensemble de ces fonds sont destinés à financer des projets élaborés par des territoires : la priorité est donnée aux territoires où les disparités socio-économiques sont les plus fortes. Les différents types de financements régionaux ou locaux visent à

[104] www.healthyaging.org
[105] Introduction de la brochure « comment promouvoir le vieillissement actif en Europe » septembre 2011

développer les territoires et à inciter les autorités régionales à tenir compte du vieillissement dans leur politique publique. Un kit de formation « Age proofing toolkit » leur est destiné.[106]Le vieillissement de la population est ici rapproché de la croissance économique, de l'innovation : le vieillissement est ici considéré comme une force, une dynamique et non comme un fléau.

Figure n° 2 -Les déterminants du vieillissement en bonne santé du plan « Healthy Ageing »

Source : Rapport « Vieillir en bonne santé », un challenge pour l'Europe, version courte p.11

3.3.2 Bien vieillir en France : une promotion à toutes les échelles

3.3.2.1 Le Plan Bien vieillir

En 2003 Hubert de Falco initie un premier « Programme national du bien vieillir », renforcé en 2005. L'Etat a mis en place le plan national« Bien vieillir »2007-2009 (PNBV) s'insère dans la démarche du « Healthy Ageing » européen et s'adresse plus particulièrement aux personnes âgées de 55 à 75 ans. Trois directions ministérielles le pilotent : la Direction

[106] www.cor.europa. Eu/migrated_data/2454_ageing_EN.pdf

générale de la santé (DGS), La Direction des sports et la direction de l'action sociale (devenue Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) Il a pour objectif de proposer des mesures permettant d'associer un « vieillissement réussi » au plus grand nombre tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Le plan fixe des mesures sous forme d'axes visant à promouvoir une prévention pour les 55-75 ans autour de la nutrition, de l'activité physique…

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a établi un bilan du plan bien vieillir en décembre 2010, l'État souhaitant mettre en œuvre une continuation du plan bien vieillir. La pérennisation du PNBV semble un bon outil pédagogique et de communication, sa continuité permet de reconduire des mesures qui ont permis d'avancer en matière de prévention (exemple de la nutrition). Cependant, le HCSP déplore un manque de gouvernance, de structuration et de moyens, [107] « il *s'agit davantage d'un ensemble de mesure plutôt que d'un réel plan. Cette lacune impacte ensuite la définition et l'attribution des responsabilités, la mise en œuvre au niveau régional, l'allocation de moyens et l'évaluation. Le caractère interministériel a rendu difficile le pilotage malgré le professionnalisme des acteurs impliqués.* » Le HCSP propose d'inclure la problématique des inégalités sociales de santé afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé pour réduire le gradient social et territorial des états de santé. En outre, le HCSP propose également de structure la problématique et d'intégrer la notion du bien vieillir dans une action politique à visées collective et individuelle : « *concernant les facteurs individuels, le changement des comportements face aux facteurs de risque passe par la prévention et la promotion de la santé et l'adaptation du message aux différentes populations en tenant compte de leur contexte social* ».

Le HCSP souhaite privilégier une action visant les aspects relationnels et les éléments constitutifs des inégalités sociales de santé. Les plans de santé doivent être coordonnés à l'international, la prise en charge partagée à tous les échelons, de l'Union européenne à l'échelle locale ce qui implique la décentralisation des politiques.

La promotion de la santé des personnes âgées est un des axes de l'INPES. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les

[107] http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2011/C_mars_2011//60355PNBV_rapport_definitif.pdf

politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.[108]L'INPES met à disposition des acteurs des outils de formation pour la prévention de la santé. L'Institut conçoit et met en œuvre de nombreuses campagnes de prévention sur de grandes priorités de santé publique. Depuis 2009 l'INPES est inséré dans un programme franco-québécois « déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : données probantes et pratiques prometteuses en matière de promotion de la vitalité cognitive, la participation sociale, l'activité physique et les saines habitudes alimentaires » financé par le ministère des relations internationales du Québec dans le cadre de la 62è Commission permanente de coopération franco-québécoise. Les déterminants sociaux-environnementaux de la santé des aînés sont au cœur des recherches internationales en lien avec la charte d'Ottawa.

3.3.2.2 L'échelle locale au cœur du bien vieillir

L'échelle locale est de plus en plus privilégiée dans la réflexion portant sur le vieillissement de la population, la qualité de vie et le bien vieillir. Les initiatives gouvernementales se sont multipliées depuis 2003.

Dès le premier programme national bien vieillir en 2003, le ministère délégué aux personnes âgées impulse « *un large mouvement de valorisation et de promotion des actions intergénérationnelles* ». Une étude est alors confiée à l'association Accordages, dirigé par Mohamed Malki portant sur les solidarités intergénérationnelles extra-familiales.[109] L'association souhaitait conseiller les acteurs dans leurs politiques locales pour favoriser l'intergénérationnel. Co-location entre étudiants et personnes âgées, cohabitation entre crèches et Maison de retraite (Saint Maur des fossés dans le Val de Marne), fêtes intergénérationnelles de quartier, association favorisant les liens intergénérationnels (La Maison Ouverte dans le 12ème arrondissement à Paris) la liste est longue et les actions variées.

[108] www.inpes.fr

[109] L'association Accordages s'appuie sur un site internet qui met en ligne les exemples d'actions ou de programmes intergénérationnels des communes impliqués. Depuis que Mohamed Malki est entré en tant que conseiller au gouvernement, le site n'est plus ligne.

Des manifestations comme celle de la semaine bleue visent également à favoriser des actions intergénérationnelles. La création de la semaine bleue a également pour objectif de mieux insérer les aînés dans leur quartier, leur commune : elle invite le grand public à prendre conscience du rôle primordial des aînés dans la société et à changer le regard que nous portons sur eux. 365 jours pour agir, 7 jours pour le dire : « *Parrainée par le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, la Semaine bleue est un moment privilégié de la vie associative. Elle vise à sensibiliser et à informer l'opinion publique sur la contribution des retraités à la vie économique, sociale et culturelle, et à faire connaître leurs difficultés et leurs préoccupations Les retraités font vivre les territoires en s'impliquant dans les solidarités de proximité. Ils constituent le premier mode de garde de la petite enfance. Ils sont des aidants familiaux, des militants associatifs engagés et contribuent à maintenir les commerces et les services de proximité.*» Un thème fédère les actions : en 2011, il s'intitule *"A tout âge : acteurs proches et solidaires."*. Les acteurs des communes sont invités à organiser des actions autour de ce thème. Un site internet rassemble l'ensemble des manifestations par département.[110] Les différents thèmes des semaines bleues s'insèrent dans la notion de vieillissement actif.

Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée des Aînés et Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports ont lancé le label « Bien vieillir – Vivre ensemble » (Figure n° 3) en partenariat avec l'association des maires de France (AMF) et l'association parlementaire « vieillir ensemble ». Ce label s'inscrit dans le plan national « Bien vieillir 2007- 2009 » porté par le ministère de la santé et le ministère du travail.

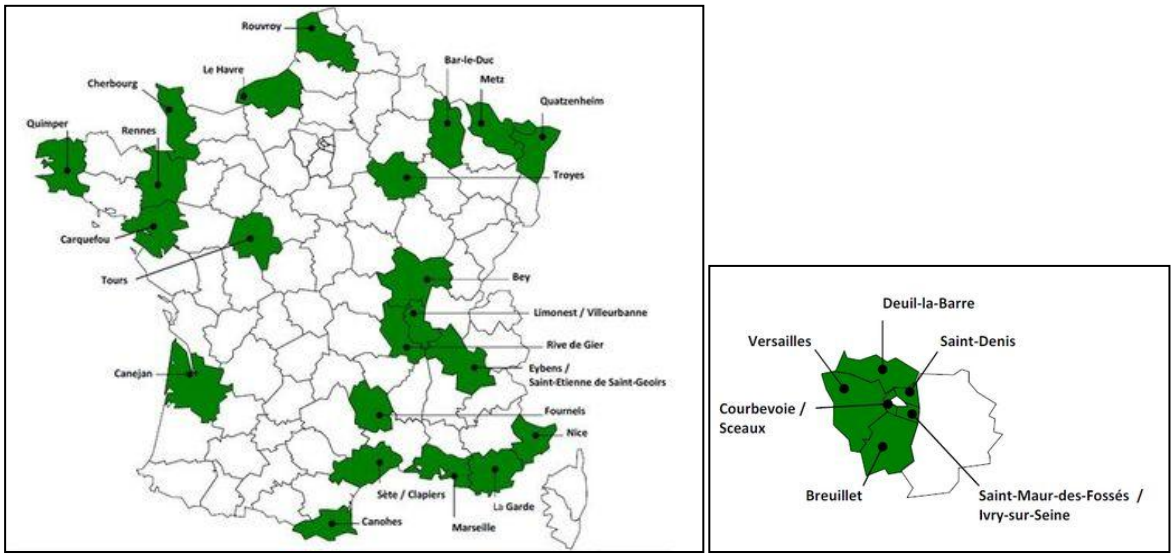
*« De nombreux axes peuvent être développés pour relever le défi du vieillissement démographique, comme les transports, l'habitat, l'urbanisme, le logement, les prestations de services et le renforcement du lien social. Le rôle des communes est donc primordial pour favoriser une politique locale en faveur des aînés. Chaque ville qui s'engagera dans l'obtention de ce label témoignera d'une véritable volonté d'établir un plan d'action sur cinq ans. Un élu municipal « Bien vieillir - Vivre ensemble » sera désigné comme référent et coordinateur du programme entre les différents services de la commune. » (*cf. annexe 6) Les communes pourront s'appuyer sur tous les projets novateurs qui auront été réalisés afin d'améliorer le quotidien des aînés grâce au réseau national et international de l'OMS. « *Vivre pleinement un âge dense et riche, une nouvelle étape de la vie, dans les meilleures conditions,*

[110] www.lasemainebleue.org

physiques et psychologiques, voilà un projet qui doit devenir une réalité pour tous et pour lequel nous devons nous mobiliser. C'est tout l'objet du plan national Bien vieillir. » (Roselyne Bachelot-Narquin., 2011)[111] Le label mis en place par le gouvernement fut décerné cette année à trente-huit villes (Carte n° 14).

Figure n° 3 - Logo du label Bien vieillir, vivre ensemble, 2011

Carte n° 14 - Localisation des villes au label « Bien vieillir, vivre ensemble »



Source : www. Solidarité.gouv.fr

Ce label s'inscrit dans le plan « Bien vieillir » et dans la démarche villes amies des aînés. Ce label est indépendant du processus VADA. En France, Lille, Dijon, Lyon et bientôt Rennes, font partie des quatre villes à avoir souhaité intégrer ce réseau mondial. La ville de Lyon a

[111] www.solidarité.gouv.fr

présenté en octobre 2010 le résultat de l'audit, conforme au protocole de Vancouver, réalisé auprès des personnes âgées. [112]

L'échelle locale est aussi sollicitée dans le cadre du programme « Vieillir dans son quartier, dans son village, des aménagements à inventer ensemble »[113], la Fondation de France a sollicité un partenariat avec la FNAU pour financer des projets rentrant dans ce cadre. Déjà mené en 2004, ce programme est relancé, en 2011, avec trois axes majeurs : agir sur le milieu de vie (lutter contre les facteurs d'isolement, encourager les cafés sociaux…), reconnaître les trajectoires de vie (favoriser la parole des plus âgés, permettre à chacun de rester acteur de sa vie, assurer une veille sociale) et enfin inventer de nouvelles formes d'habitats adaptées et évolutives. La Fondation de France finance des projets comme le « jardin intergénérationnel » de l'association des Myosotis à Evian les Bains. La mise en œuvre de démarches locales comme support à la dynamique de projet est un des principes forts de cet appel à projets dans la mesure où elles favorisent :

- une approche transversale des interrogations sur le vieillissement dans un souci de décloisonner les politiques locales et d'intégrer le vieillissement dans chacune d'elles.
- la participation des habitants âgés et l'ancrage territorial des réponses mises en œuvre, au plus près des attentes et des potentiels locaux.
- l'évolution de l'existant vers de nouvelles représentations qui caractérisent la diversité de la vieillesse pour inventer des réponses nouvelles et mieux adaptées, la capacité à oser des expérimentations locales.»[114]

La Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme (FNAU) a répondu à l'appel à projet de la fondation de France en 2002 « pour explorer les conditions dans lesquelles pourront être mieux satisfaits les besoins des populations âgées résidant dans les villes ». [115] Les études des agences d'urbanisme s'insèrent dans une réflexion locale permettant de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et ainsi de tous les habitants de la cité. Les modes d'habiter, les attentes de services de proximité, les déplacements et de fait l'accessibilité sont autant de thèmes pris en considération.

[112] Brochure Lyon ville amie des ainés
[113] http://www.fondationdefrance.org/Nos-Aides/Vous-etes-un-organisme/Solidarite-avec-les-personnes-vulnerables/En-France/Personnes-agees/Vieillir-dans-son-quartier-dans-son-village-des-amenagements-a-inventer-ensemble/(language)/fre-FR
[114] www.fondationdefrance.fr
[115] Premier bilan des réflexions et des projets menés par les agences d'urbanisme,

CONCLUSION

Le bien vieillir est un concept qui se décline de l'échelle globale à l'échelle locale : il est dans l'air du temps, mais plus qu'un effet de mode, il bouleverse les fondements de nos sociétés et suppose des modifications majeures. C'est un véritable projet de société où l'équité, la solidarité entre générations sont hissées en tant que valeurs. Le vieillissement réussi, ou le vieillissement actif, vise à promouvoir la prévention des bonnes pratiques et comportements de santé individuels ou collectifs. La promotion de la santé est donc une affaire de politiques publiques avec comme arrière-plan la prévention de la perte d'autonomie. Les polémiques autour des notions de dépendance, d'autonomie et de fragilité, sont primordiales, car de leur consensus découle une vision du soin, des politiques d'aides et de prévention. Santé, qualité de vie et bien-être sont l'affaire de tous et doivent se décliner à toutes les échelles.

CHAPITRE 4
LES ACTEURS, AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES TERRITOIRES

INTRODUCTION

Les acteurs « les oubliées du territoire » (Gumuchian)[116], sont nombreux : acteurs institutionnels, acteurs de proximité, ils forment des réseaux interdépendants qui entrent à un moment donné dans la vie quotidienne des personnes âgées et qui contribuent à leur territorialisation. L'enjeu majeur étant aujourd'hui, le maintien à domicile, le rôle des acteurs de proximité est primordial. Acteurs sanitaires, acteurs médico-sociaux, acteurs associatifs, la multiplicité des acteurs est considérable et il est souvent difficile pour les usagers de se repérer. Le témoignage de Mme Dupont (cf. annexe 7) en banlieue parisienne illustre les difficultés des familles et des aidants en 2007 pour se repérer entre les différents acteurs et comprendre qui fait quoi. C'est d'autant plus difficile que la prise de contact avec les acteurs du maintien à domicile se fait en général dans l'urgence après un accident de santé. Les acteurs ont des missions et des compétences bien précises. Nous ferons d'abord un état des lieux des politiques publiques depuis 1962 pour ensuite comprendre qui fait quoi à l'échelle de la ville de Paris et à celle du 14^{e} arrondissement

4.1 ETAT DES LIEUX DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES ACTEURS CONCERNÉS PAR LE VIEILLISSEMENT

4.1.1 Une décentralisation des politiques publiques

En 1960, le Premier ministre crée la commission d'études des problèmes de vieillesse présidée Pierre Laroque, considéré comme un des pères fondateurs de la Sécurité sociale (J-C. Henrard, J.Ankry, 2004). Il lui demande de faire un bilan des charges liées au vieillissement démographique, de ses conséquences et de dégager les lignes directrices de la politique

[116] Gumuchian A., « Les oubliés du territoire », Anthropos, 2003, 186p..

vieillesse. Le rapport Laroque paraît en 1962 : [117] il propose alors *« à la société française, une éthique du vivre ensemble à travers une politique de maintien à domicile […] permettant aux gens âgés de garder leur place dans la société»*(B. Ennuyer, 2007), [118]l'objectif du schéma était de sortir du schéma assistanciel pour mettre en œuvre un projet global d'insertion sociale *(P. Pitaud[119]).* Le rapport préconise de mettre en place une politique préventive en amont de la retraite en agissant sur l'emploi. Il donne la priorité au maintien à domicile pour permettre aux personnes âgées de rester intégrer à leur environnement familier et affectif et de poursuivre une vie sociale. Cela suppose une offre de logements et de services à domicile. Il préconise aussi de faire évoluer l'hébergement collectif, la transformation des hospices en établissements avec des petites unités privilégiant la qualité de vie avec des chambres individuelles. Le rapport préconisait enfin une politique d'information et d'éducation afin de permettre une meilleure cohabitation entre les toutes les générations.

La mise en œuvre du rapport est lente et commence à aboutir dans les années soixante-dix : des programmes spécifiques destinés aux personnes âgées sont inscrits dans les VIe (1970-1974)et VIIe(1975-1979) plans quinquennaux de développement économique et social.

Parallèlement la loi hospitalière de 1970 exclut les hospices du champ hospitalier, la loi de juin 1975 offre un cadre juridique pour la transformation des hospices et distingue les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Cette loi sera complétée en 1978 pour définir les services ou unités de long séjour. Pour Bernard Ennuyer, la politique s'infléchit alors vers une politique de médicalisation de la vieillesse. C'est à cette époque que l'on commence à parler de personnes âgées dépendantes(2007)[120]

En 1978 le rapport « Vieillir demain » constate le rejet des retraités, la perte de transmission culturelle des personnes âgées qui sont considérées comme une charge pour la société et critique la notion du troisième âge qui masque les inégalités entre sexes et lieux de vie. Ce rapport du groupe de travail dirigé par Robert Lion propose de différencier les retraités des personnes âgées et de considérer la vieillesse comme une succession d'étapes. Il propose pour le VIIIe plan (1981-1985) un programme d'ensemble visant à « *consolider, améliorer et*

[117] Rapport en ligne : http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/e0f115ba61f787a5c12568c80041b17d?OpenDocument

[118] Ennuyer B., Du maintien à domicile et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie, in *gérontologie et société* n° 123

[119] *Op.cit*

[120] Ennuyer B, Du maintien à domicile et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie, *gérontologie et société* n°123p.153-167

développer le réseau de services et d'équipements destinées aux personnes âgées ayant besoin d'un soutien particulier ».[121]

Un secrétaire d'État chargé des Retraités et des personnes âgées est nommé en 1981. Parallèlement se crée au niveau national un Comité national des retraites et des personnes âgées, instance consultative saisie pour avis lors de l'élaboration des lois et des bilans(CNRPA). Chaque département se voit attribuer un Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) qui doivent devenir des lieux de dialogues et de réflexion. Il crée également 500 emplois de coordonnateurs ayant pour mission d'organiser à l'échelle locale le partenariat entre les services et les établissements pour chaque personne âgée. Ces postes seront supprimés en 1983.

Les années quatre-vingt sont emblématiques de la politique de décentralisation qui confie toutes les responsabilités de l'action sociale et de l'aide sociale, en particulier pour les personnes âgées, aux départements. Le maintien à domicile se traduit par des prestations spécifiques allouées par le département. En 1997 est instaurée la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), son obtention est alors soumise aux conditions de ressources et donne lieu à une récupération sur succession. Elle s'adresse aux personnes âgées dépendantes. Cette prestation fut remplacée le 21 juillet 2001 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour toute personne âgée « *incapable d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental* ».

Le 6 juin 2000 un programme expérimental crée des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA donne une base législative aux CLIC. Ils sont reconnus comme des établissements médico-sociaux : ils ne donnent pas de soins ni de prestations à domicile. Les CLIC ont pour mission l'accueil et l'information des personnes âgées sur les aides et les prestations disponibles, leur orientation vers les services appropriés, sa mise en œuvre et son suivi et enfin l'articulation de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et l'accompagnement à domicile. Les CLIC ont un fort ancrage territorial : ce sont des structures de proximité, des lieux d'accueil, d'écoute et d'évaluation[122](FREGIF.ORG) : ils dépendent des départements.

[121] Rapport en ligne : http://infodoc.inserm.fr/serveur/vieil.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/18c67f69a5c9c59d80256af0003f070f?OpenDocument
[122] www.fregif.org

Dès les lois de décentralisation en 1981 et 1982, certains départements ont mis en place leur premier schéma gérontologique ainsi certains en sont déjà à leur cinquième. Réalisés par les services des conseils généraux, ces schémas sont plus ou moins complets ou élaborés. Ils avaient surtout pour but de bien définir les besoins et d'apporter des réponses en matière d'autorisation de création d'établissements et de lits médicalisés. Leur rôle était aussi de transformer les réalisations anciennes en établissement plus modernes, ils mettaient en évidence le terme de « réhumanisation ». Leur efficacité, malgré une adoption par le Conseil Général et une participation des services de l'État au niveau des DDASS, était limitée par le fait que même retenus, les « lits » médicalisés devaient souvent attendre plusieurs années pour être financés. L'évolution a consisté à formaliser et à généraliser cette démarche qui est devenue une obligation. C'est la loi du 2 janvier 2002 qui fixe et qui oblige chaque département à mettre en place un schéma gérontologique.[123]

En 2004 une nouvelle loi de décentralisation précise les compétences de chacun : l'État est en charge de l'action sanitaire et conserve l'aide sociale des personnes sans domicile de secours et l'allocation simple pour celles qui ne bénéficient pas du minimum vieillesse, les départements sont chargés quant à eux de l'action et des aides sociales. Le président du Conseil Général est le véritable chef de file de la politique gérontologique.

Le 30 juin 2004 est créé la Commission nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Ses missions sont précisées dans la loi du 11 février 2005 : elle finance et coordonne les actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. C'est à la fois une caisse et une

---

[123] **Article18 loi du 2 janvier 2002**

L'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :*" Art. L. 312-4. - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les schémas mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique et avec les dispositifs de coordination prévus au chapitre V du titre IV du livre Ier :" 1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;" 2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;" 3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ; "4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;" 5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas." Un document annexé aux schémas définis au présent article peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au 3°." Les schémas peuvent être révisés à tout moment à la demande de l'une des autorités compétentes. " Source : www.agevillage.com*

agence. Elle arrête le montant des dotations régionales et départementales destinées aux établissements et aux services médico-sociaux sur la base des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Elle élabore des référentiels et des méthodes et participe à l'élaboration des schémas gérontologiques ; la loi de 2004 met également en place un dispositif de veille et d'alerte au profit des personnes âgées et handicapées(intégrant par exemple le plan canicule) et une journée de solidarité en vue de financer des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. En 2005 est également créée une agence des services à la personne sous la forme d'un établissement public administratif national chargé de promouvoir le développement et la qualité des services à la personne. L'évolution tend à rapprocher les politiques destinées aux personnes handicapées des politiques destinées aux personnes âgées, le handicap n'étant pas une question d'âge. Les différents plans des années 2000 se sont inscrits dans l'optique d'un renforcement du maintien à domicile. Le plan « Solidarité -Grand âge » en 2006 est quant à lui axé sur la grande dépendance et le fait de pouvoir rester à domicile en étant soigné à la maison : ses objectifs sont, entre autres, de doubler les hospitalisations à domicile en 2010 et organiser le droit au répit des aidants. Ce plan est une réponse médicale au grand âge. Dans la continuité, Nora Berra lançait, le 18 février 2010, la mission "Vivre chez soi : autonomie, inclusion et projet de vie" (cf. annexe 6). L'objectif de cette mission, coordonnée par le Docteur Alain Franco, est de favoriser le plus longtemps possible l'autonomie à domicile, de trouver les outils essentiels, et d'apporter des mesures concrètes à l'aboutissement du « vivre chez soi ».

La décentralisation progressive de la politique vieillesse a mis en évidence l'existence d'inégalités territoriales. Pour Dominique Argoud, la politique vieillesse a évolué en une mosaïque de politiques départementales. L'analyse des schémas gérontologiques laisse entrevoir des politiques différenciées selon la nature du jeu des acteurs locaux et du positionnement des conseils généraux. Les territoires s'emboîtent, mais avec des frontières à géométrie variable permettant un jeu d'acteurs, pas toujours compréhensible pour les usagers.

4.1.2 2010, qui fait quoi ?

En 2009, une nouvelle loi est votée pour réorganiser le système sanitaire et social dans l'objectif d'assurer une meilleure équité territoriale. Le maintien à domicile et la prévention s'insère dans une organisation régionale et infra-régionale.

- *Les Agences Régionales de Santé*

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a remplacé les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées en 1996, par des Agences Régionales de Santé (ARS). Les Ars sont mises en place le 1er avril 2010. L'ARS a pour mission de définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions à l'échelon régional et infra-régional :

- des objectifs de la politique nationale de santé,
- des principes de l'action sociale et médico-sociale,
- des principes fondamentaux de la sécurité sociale, affirmant le caractère universel, obligatoire et solidaire de la protection sociale.

Les ARS sont chargées de mettre en place, au niveau régional, la politique de santé publique et de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre des services de santé de manière à répondre aux besoins en matière de soins et des services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. *Le champ de compétences des ARS s'est élargi à l'ensemble du secteur sanitaire et social.*[124] Elles rassemblent au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance Maladie et regroupent à ce titre les sept organismes chargés jusqu'alors des politiques de santé dans les régions et les départements, c'est-à-dire :

- les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)
- les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
- les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)
- les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP)
- les Missions Régionales de Santé (MRS)
- les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)

Les ARS rédigent pour cinq ans un schéma régional de l'organisation médico-sociale afin d'établir des liens entre les différents acteurs et aux différentes échelles dans le souci d'une équité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

- *Une prévention des GIR 5 et 6 organisée par les caisses de retraite*

Les caisses de retraite se répartissent en trois grandes catégories : le régime salarié privé représentant 70% des actifs, les régimes spéciaux des salariés du public représentant 20% des

[124] http://www.ars.sante.fr/portail.0.html

actifs et le régime non salarié représentant 10% des actifs. En matière d'action sociale, chaque caisse de retraite détermine les orientations de sa politique. Les fonds alloués à l'action sociale sont prélevés sur les cotisations vieillesse. Les régimes étant très nombreux, il existe une très grande hétérogénéité des niveaux d'aides et des modalités pour la prise en charge à domicile, les aides à l'amélioration de l'habitat… La loi du 21 juillet 2009 (HPST) à transférer la mission des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) relative à la politique sanitaire et médico-sociale aux Agences régionales de santé. Les CRAM sont devenues les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), Les CARSAT, organismes de Sécurité Sociale, continuent de gérer les retraites, mission que leur déléguait la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)[125]. Les missions des CARSAT sont très étendues : non seulement suivre la carrière des assurés, informer et conseiller les retraités et les futurs retraités, payer les retraites, repérer les situations de fragilité, accompagner les assurés fragilisés et faciliter l'accès aux soins mais aussi aider les assurés à prévenir le risque de désinsertion professionnelle, contribuer au maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie, participer à l'amélioration des lieux de vie collectifs prévenir les risques professionnels et fixer les taux de cotisations des accidents du travail et des maladies professionnelles[126].

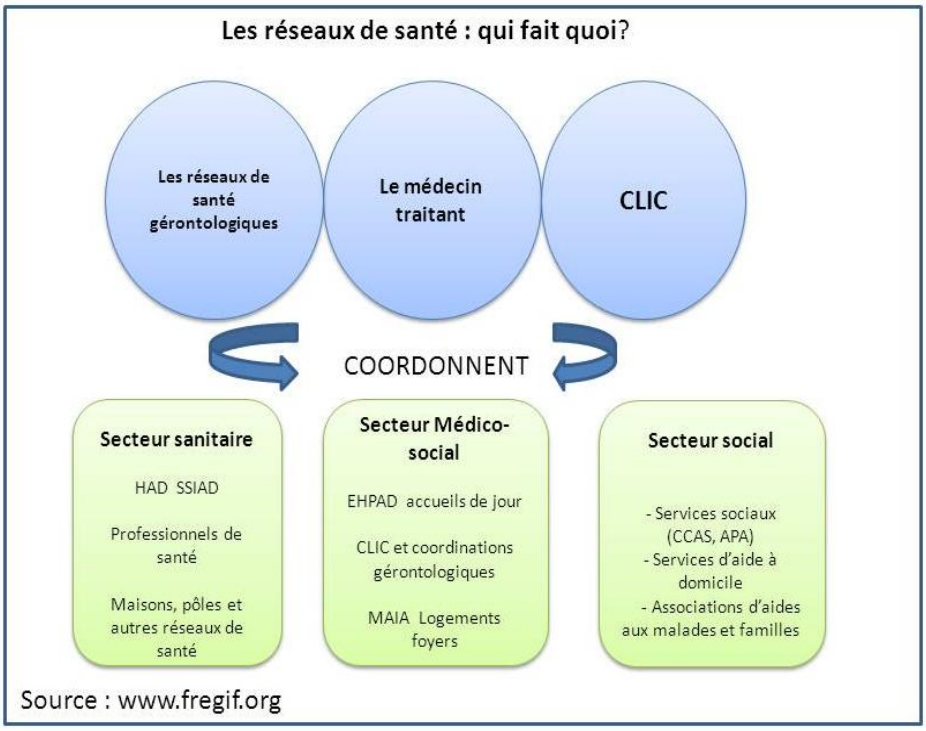
- *Les réseaux de santé.*

Les réseaux gérontologiques se sont développés de deux façons : soit par l'initiative d'un établissement hospitalier auquel se sont associés des professionnels libéraux de ville, soit à partir des acteurs de ville du secteur sanitaire qui ont créé des conventions de partenariat avec les structures hospitalières ou médico-sociales. Les réseaux de santé sont territorialisés et regroupent l'ensemble des structures de soins, des professionnels de la santé et des acteurs médico-sociaux. *« Le réseau gérontologique est un réseau territorial (bassin de vie) visant à répondre à l'augmentation de la demande de soins, à la diminution du nombre de professionnels, à la complexité des situations médico-sociales, à la situation démographique des personnes âgées, et aux progrès scientifiques et techniques. Ces actions sont les suivantes : coordonner la mobilisation des différents professionnels autour de la personne âgée et de sa famille, être un lieu de formation des acteurs médico-psycho-sociaux, dispenser certains soins n'impliquant pas la prescription de médicaments (consultations mémoire, séances de soutien psychologique, etc.), Évaluer à domicile les besoins de prise en charge et élaborer un plan de*

[125] Excepté pour Paris et l'Alsace-Moselle
[126] www.carsat de Montpellier

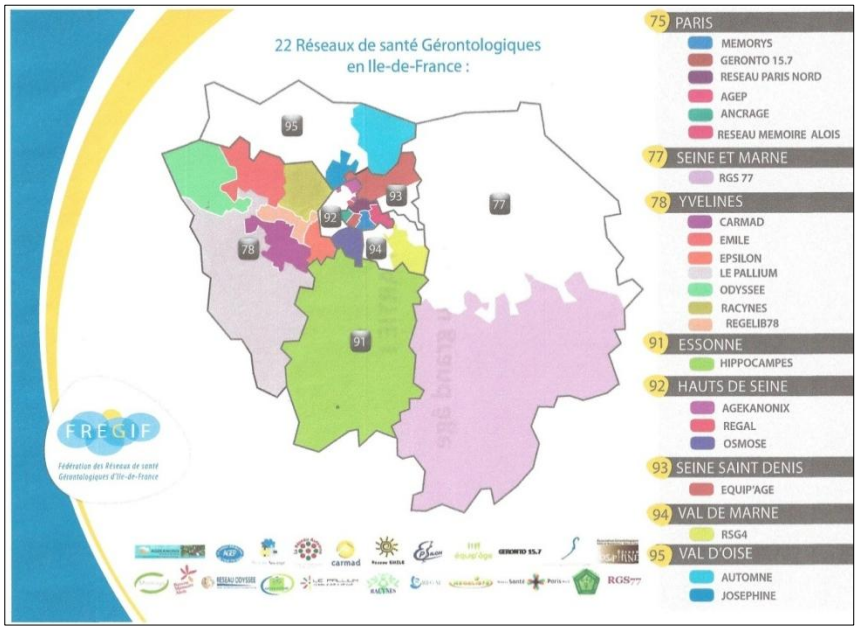
soin personnalisé, mener des actions de prévention par la mobilisation des acteurs sanitaires de ville à partir de protocoles établis en commun (évaluation des risques de chutes, de dénutrition, etc.).). Les réseaux gérontologiques participent à la filière gérontologique du territoire. » [127]. Le schéma de la Figure n° 4 synthétise le rôle de chaque acteur : les réseaux de santé gérontologiques sont des réseaux de soins et de prévention tant médicaux que médico-sociaux. L'objectif est de prendre en charge de façon globale une personne en fonction de ses besoins : le médecin traitant et les CLIC guident les personnes âgées et leurs familles vers les acteurs sociaux ou médico- sociaux.

Figure n° 4 - Description d'un réseau de santé



[127] www.Fregif.org

Carte n° 15 - Les réseaux de santé gérontologiques en Ile-de-France en 2011



Source : fregif.org

La Carte n° 15 des réseaux gérontologiques montre de grandes disparités dans les départements franciliens. Paris est couvert dans sa totalité par ces réseaux gérontologiques. Les départements de Seine-et-Marne et du Val d'Oise sont les moins bien lotis. Il est intéressant de comparer cette carte avec les prévisions démographiques à venir en particulier la Seine-et-Marne où l'augmentation de la gérontocroissance et celle du nombre de personnes dépendantes sera une des plus fortes du territoire français. L'équité territoriale est bien un enjeu majeur en matière d'accès aux soins et d'organisation socio-sanitaire.

- *Le président du Conseil Général : chargé de la politique gérontologique.*

Le conseil général est chargé de la solidarité dite de proximité : il détermine les conditions d'octroi des diverses aides et prestations en ce qui concerne les aides à domicile et le placement en établissement. Il doit élaborer un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux, le schéma ayant pour objectif de planifier les créations de services et d'établissements en fonction des besoins. Le département est chargé de l'attribution de l'APA.

Le centre communal d'action sociale est chargé des demandes d'attributions des aides sociales, de l'action sociale de prévention, et de l'animation des activités sociales comme les clubs seniors. Il est en relation avec les acteurs associatifs du maintien à domicile pour les portages de repas ou les téléalarmes.

Il faut également recenser l'ensemble des associations caritatives ou des organisations non gouvernementales. Il nous est impossible d'en donner une liste, mais il est intéressant de se pencher sur les petits frères des Pauvres, dont l'action à l'égard des personnes âgées et de la lutte contre l'isolement est continue depuis 1946. Ses missions sont d' « accompagner, agir collectivement et de témoigner ». Des bénévoles visitent des personnes seules dont des jeunes qui ont choisi de faire leur Service-Civique. Plusieurs fois par an, les personnes sont invitées au restaurant ou partent en vacances pendant une semaine avec l'association. L'association reçoit des dons, des donations pour fonctionner. En 2006 un collectif associatif sous l'égide des petits frères des Pauvres « Luttons contre l'isolement » [128] a mené une grande enquête « Isolement et vie relationnelle » en France dans l'objectif de mieux comprendre le processus d' isolement. Ainsi, ces associations sont-elles des observatoires des personnes fragiles. Leurs actions de proximité les placent souvent au cœur des coordinations entre les acteurs. Elles secondent l'action publique.

[128] http://www.petitsfreres.asso.fr/mediastore/11/22064_1_FR_original.pdf

Illustration n° 4- Affiche pour la journée internationale des personnes âgées du 1er octobre 2011

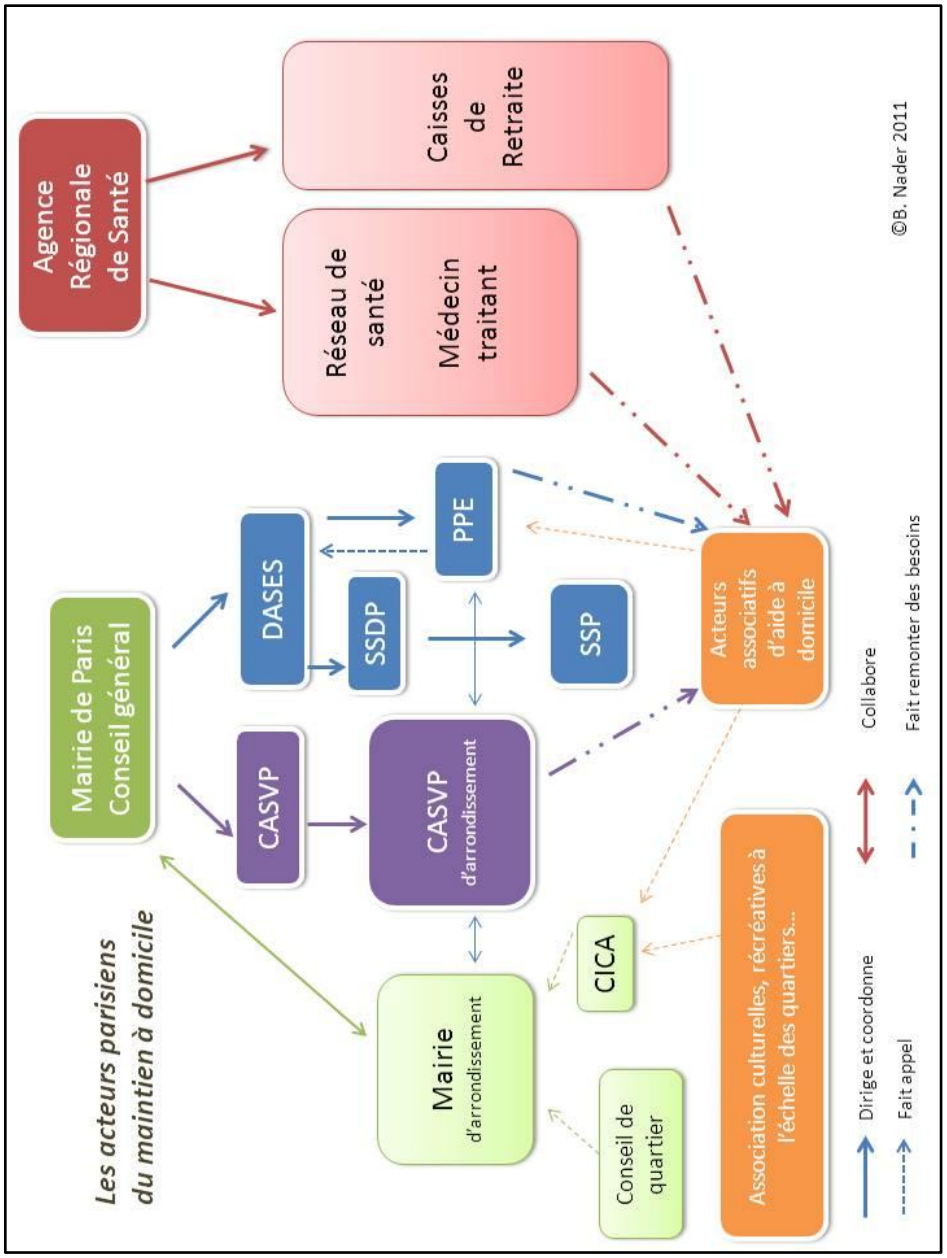
Source : http://www.petitsfreres.asso.fr/

4.2 LES ACTEURS PARISIENS

4.2.1 L'organisation parisienne

Paris a comme particularité d'être à la fois commune et département. Le maire de Paris est ainsi le président du conseil général et à ce titre il est chargé de la politique gérontologique.

Figure n° 5 - Les acteurs parisiens du maintien à domicile



Les schémas départementaux sont élaborés sous l'autorité du Président du Conseil général. Ils précisent les besoins et établissent une programmation à cinq ans, notamment en matière d'établissement et de service social ou médico-social pour les personnes âgées et handicapées.

Les deux schémas *« Pour l'autonomie et la participation des personnes handicapées »* et *« Paris et ses aînés »* ont été adoptés en 2006. Ils se caractérisent par :

- *l'élaboration concertée avec les professionnels et les usagers, précédée d'études de satisfaction et de prospective ;*
- *un périmètre large incluant l'ensemble des déterminants de la vie sociale des personnes (logement, emploi, santé, culture, loisirs, mobilité...) ;*
- *une concertation poussée entre les services de l'État et les directions de la Ville*.[129]

- ***la DASES***

La Direction de l'Action Sociale de l'enfance et de la Santé (DASES) est chargée du schéma gérontologique, de la gestion des CLIC et de l'APA.

Le schéma gérontologique 2006-2011 se clôture fin 2011. Ce schéma dénommé « Paris et ses aînés 2006-2011» s'inscrit « dans une démarche globale » : ses axes englobent les thèmes suivants :

- le temps de la retraite à Paris en informant et en rendant la ville plus accessible, permettre le bien vieillir,
- accompagner le temps de la perte d'autonomie, une meilleure information, des services de qualité, le soutien aux aidants,
- des lieux de vie alternatifs au domicile,
- La lutte contre la maltraitance, mieux accompagner les migrants âgés, les personnes âgées handicaper.

Un plan canicule est intégré dans le schéma gérontologique. il consiste en un système d'alerte et de repérage. Chaque année une lettre est envoyée aux personnes concernées avec une plaquette de recommandations les incitant à s'inscrire dans le fichier CHALLEX (Chaleurs extrêmes). En cas d'alerte les personnes inscrites au fichier font l'objet d'une surveillance et peuvent par exemple être emmenées pendant quelques heures dans un endroit climatisé. Le schéma est aux yeux des acteurs rencontrés peu simple à lire et doit se simplifier à l'avenir. Un nouveau schéma gérontologique est actuellement en cours d'élaboration ; la réunion publique de lancement se tiendra le 6 décembre 2011. Pendant trois mois, des réunions se tiendront entre les différents partenaires pour établir le bilan et l'état des lieux du schéma

[129] www.mairiedeparis.fr

précédent. Ensuite, une phase de travail sera mise en place pour établir des fiches actions destinées aux acteurs concernés par le schéma. Le schéma sera voté au conseil de Paris en septembre 2012.[130]

Ce nouveau schéma se met en place parallèlement au Schéma Régionale de l'Organisation Médico-Sociale (SROMS) de l'ARS d'Ile-de-France. Le SROMS est une composante du Projet Régional de Santé, document unique et transversal, qui regroupe les soins- hospitalier et ambulatoire- la prévention et la prise en charge médico-sociale.

- ***le CASVP***

Le CASVP est à la tête de vingt antennes réparties dans les vingt arrondissements parisiens.

Il les coordonne et impulse une politique très hiérarchisée et centralisée : les CASVP des arrondissements ont en particulier peu de marche de manœuvre vis-à-vis de la politique centrale.(Chapitre9)
Le CASVP est chargé de l'hébergement des personnes âgées. Deux grands types d'hébergement existent : les foyers-logements appelés à Paris « Résidences » qui se divisent entre des résidences-appartements et des résidences-services. Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD) répartis dans les vingt arrondissements. Il est également en charge de la culture de sports et des loisirs des personnes âgées comme les clubs séniors et de l'université permanente. Le CASVP est aussi chargé de la restauration des personnes âgées par le biais des restaurants Emeraudes et du port de repas à domicile (redirigé vers des prestataires de services). (Photographie n° 20)

[130] Entretien téléphonique du 20 octobre2011 avec le Bureau des personnes âgées à la DASES

Photographie n° 20 - Voiture de livraison des repas à domicile

Source : ©B. Nader 2008

- ***les PPE***

Les clics parisiens sont gérés par différents opérateurs : le CASVP, l'APHP pour le 20e et le 18e et des associations. Leurs missions varient en fonction des niveaux de label : au niveau 1, les missions sont d'informer, d'orienter, de faciliter les démarches, de fédérer les acteurs locaux. Au niveau 2 se rajoutent l'évaluation des besoins, l'élaboration d'un plan d'accompagnement, ou d'un plan d'intervention et enfin au niveau 3, les mêmes missions avec le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, et la coordination.

Il faut noter que le découpage des CLIC n'est pas réalisé en fonction du nombre de personnes âgées : les 15e et 16e arrondissements appartiennent à un même CLIC, ce sont les deux arrondissements parisiens les plus âgés. Les locaux ne sont pas toujours identifiés par les personnes âgées: certains sont dans les mairies, d'autres dans les CSAVP, d'autres dans des hôpitaux d'autres dans des locaux indépendants. Tout dépend aussi de leur label et donc de leur poids en tant que coordonnateur.

Carte n° 16 - Les territoires de PPE/CLIC, à Paris, de 2006 à 2011

Source : Schéma gérontologique Paris et ses aînés, 2006-2011

- ***les acteurs associatifs***

Ces acteurs sont très nombreux dans l'aide à domicile d'une part mais également par le biais des associations caritatives, des associations pour les aidants, les malades auxquelles s'ajoutent les associations de loisirs. Ces associations sont relayées par un Comité d'Initiative et de Consultation d'arrondissement (CICA) : il réunit les représentants des associations exerçant leur activité dans l'arrondissement, qu'il s'agisse d'associations locales ou d'associations membres de fédérations ou de confédérations nationales (les syndicats de salariés par exemple) qui en font la demande. Au moins une fois par trimestre, le conseil d'arrondissement tient une réunion, en présence des représentants des associations membres. Les associations participent à cette séance avec voix consultative et peuvent exposer, toutes questions intéressant leur domaine d'activité dans l'arrondissement, et faire des propositions. Des questions écrites ou orales au maire de Paris ou des vœux peuvent être adoptés en cours de séance, mais par les seuls élus membres du conseil d'arrondissement.

4.2.2 Les acteurs du 14e

L'ensemble des acteurs présents à l'échelle de la ville de Paris se retrouvent dans l'arrondissement.

- ***Le Point Paris Emeraude***

Le PPE, de label 2, est une association installée dans un des bâtiments de l'hôpital Notre-Dame de Bon Secours : ce guichet unique accueille au quotidien des personnes qui souhaitent s'informer. Le PPE14 est présent dans l'arrondissement par des visites à domicile mais aussi par une politique de prévention.

Un travail important est réalisé à domicile. Soit les personnes âgées appellent et ne pouvant pas se déplacer, les membres du PPE se déplacent souvent pour apporter à domicile des informations variées telles que la mise en place de repas à domicile ou de services annexes comme la pédicure ou la coiffure à domicile. Les visites se font également avec une assistante sociale du CAS, ou du Service Social Polyvalent (SSP), pour la mise en place de l'APA. D'autres visites se font à la suite de signalements provenant des services sociaux, des bailleurs, du médecin traitant, du voisinage ou de la famille. Un courrier est alors envoyé à la personne âgée avec une brochure pour qu'elle puisse contacter le PPE qui prendra alors rendez-vous avec elle. Dans les cas plus complexes où la personne n'est pas en mesure d'accepter (syndrome de Diogène par exemple)[131], les membres du PPE se déplacent et tentent d'entrer en contact avec la personne. Les visites se font soit avec le médecin traitant, soit un médecin du réseau de santé Mémorys.

Le réseau Mémorys a pour objectif l'amélioration de la prise en charge coordonnée en ville des personnes âgées fragiles et dépendantes dans les 1e, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 13e et 14e arrondissements de Paris. Il intervient en théorie pour les personnes âgées de 75 ans et plus présentant plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique, dont la situation médico-sociale est complexe, en rupture socio-sanitaire (refus de soins), nécessitant une évaluation globale pluridisciplinaire.

---

[131] un trouble du comportement de la personne âgée conduisant à des conditions de vie négligées, voire insalubres. Ce syndrome associe entre autres : une négligence parfois extrême de l'hygiène corporelle et domestique, une accumulation d'objets hétéroclites, un isolement social…

Le PPE a mis en place dès sa création un comité de retraités dans lequel des personnes de plus de 60 ans sont bénévoles. Elles se réunissent une fois par mois pour réfléchir, former des groupes de paroles. Le comité est très actif et participe à la préparation des rencontres-débats ou des forums d'information du PPE. Quatre manifestations furent organisées par le PPE et le comité des retraités depuis 2007 dans le cadre de la mission d'information

- une rencontre-débat« Vivre, vieillir, où, comment ? Choisir ! Vivre chez soi. en 2007
- une rencontre-débat « Vivre à domicile » en 2008
- un forum « L'art de vieillir dans le 14^{e} » en 2009
- une rencontre-débat « Vivre mon âge dans le 14e » en 2011

Entre 2010 et 2011, cinq rencontres de partage furent proposées sur des sujets relatifs au thème "Vieillir Intelligent". Ces rencontres rassemblent une vingtaine de personnes qui ont choisi de venir régulièrement. « Vieillir intelligent, qu'est-ce-que je sais faire, quel sens j'y mets, se séparer et vivre, créer des liens est-ce toujours possible ? » À la suite de rencontres, le comité de retraités et le PPE ont organisé une rencontre débat sur le thème « *Vivre mon âge dans le 14^{e}* » dont « *Le thème de la journée, s'articulerait autour de notre capacité, à tout âge, d'être encore "auteur", "acteur" de nos vies, dans la société et en solidarité avec les autres. Ainsi, comment garder notre place… »* Le matin fut consacré aux intervenants (dont nous faisions partie (chapitre 10), l'après-midi à des échanges entre groupes de parole pour faire remonter des idées, des propositions (chapitres 8 et 9).

Ces manifestations sont organisées avec deux caisses de retraite AG2R et Vauban Humanis, qui financent une partie des frais et fournissent une liste de leurs retraités à qui une invitation est envoyée. La communication se fait également par voie d'affiche au CAS, à la mairie et en fonction des années chez les commerçants. L'adjoint au Maire, Madame Auffrey et Monsieur le Maire, Pascal Cherky sont présents à un moment de la journée. Ces manifestations se tiennent dans la salle des fêtes de la Mairie, très appréciée pour ses fresques des années trente.

Illustration n° 5 - Carte postale "L'art de vieillir dans le 14e"

Photographie n° 21 - Accueil du forum « L'art de vieillir dans le 14e »

©B.Nader, 2009

Photographie n° 22 - Stand du forum « L'art de vieillir dans le 14ème »

©B.Nader, 2009

D'autres acteurs interviennent plus secondairement dans le champ du vieillissement, comme l'Atelier Santé Ville. Le quartier Porte de Vanves-Plaisance-Raymond Losserand est intégré dans le dispositif « Quartier Politique de la Ville ». Il fait l'objet depuis 2007 d'un Contrat Urbain de cohésion sociale (CUCS), contrat urbain de trois ans. Une équipe de développement locale fut d'abord mise en place puis, en 2006, un Atelier Santé Ville. Si ses missions se situent plus particulièrement vers la prévention des jeunes publics, la prévention contre l'obésité, les maladies sexuellement transmissibles, la prévention se développe également vers les populations âgées du quartier. L'Atelier Santé Ville accueille des étudiants, en partenariat avec le Master de géographie de la santé des universités Paris-Ouest et Paris-Est ou des bénévoles du service civil : en 2010, une enquête de proximité s'est déroulée pour mieux comprendre les besoins spécifiques des personnes âgées dans ce quartier.

Le centre d'Action Sociale est central dans l'arrondissement : très connu des personnes qui bénéficient des cartes de transports en commun gratuites (*Émeraude et Améthyste*), il l'est aussi pour la centralisation des inscriptions aux activités culturelles et récréatives dédiées aux séniors et encore plus à Noël pour la distribution de la traditionnelle boîte de chocolats!

Les associations sont très nombreuses dans le 14^{e} : Le CASA est un centre d'animation qui auparavant était intégré à la Mairie. Il en est aujourd'hui indépendant : il organise des bals, du bridge et des déjeuners une à deux fois par an pour les personnes inscrites au CAS. La bibliothèque Vandamme se charge d'un portage de livres à domicile.

Les derniers acteurs sont ceux du quotidien : les commerces de proximité sont aussi des acteurs essentiels dans la vie quotidienne de tous les habitants quel que soit leur âge, mais aussi les voisins, amis, la famille et plus généralement les aidants qui, à micro-échelle, sont les premiers acteurs de la vie quotidienne.

CONCLUSION

La décentralisation a transféré aux départements la logistique du maintien à domicile. La politique vieillesse est à la fois sectorielle et sectorisée (D. Argoud, 2010).

Les réformes de l'ARS ont remodelé les acteurs institutionnels et leur acteur. Les schémas régionaux et départementaux sont en cours de rédaction et devraient en toute logique se compléter. La mission majeure des ARS est de mener une politique transversale entre les différents acteurs sanitaire, médico-sociaux et sociaux. « *Les enjeux à venir résident dans une meilleure prise en compte des systèmes d'acteurs et de leurs représentations sociales des enjeux des territoires. […] l'approche territoriale permet d'impliquer la société civile dans toutes ses composantes. En mobilisant les gens vieillissants eux-mêmes, elle réintègre le « territoire vécu » et peut influer sur le contenu de l'action en modifiant le cadre de perception des enjeux gérontologiques et en reposant la question de la place et du rôle des âges sur le territoire. » (D. Argoud, 2010).*

La pertinence de l'échelle locale pour la coordination des services et la réponse aux besoins est cœur des enjeux territoriaux du vieillissement.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

Le vieillissement est inéluctable, il est devenu une priorité mondiale européenne, nationale et locale. Son ancrage est multiscalaire, ses enjeux nombreux.

Ils sont d'abord économiques. Pendant que certains se focalisent sur le financement des retraites et le coût de la dépendance (débat entre 5ème branche et 5ème risque de la Sécurité Sociale), d'autres préfèrent voir dans le vieillissement un formidable élan économique créateur d'emplois et générateur d'une économie présentielle.

Le grand âge est celui de la perte d'autonomie : c'est aussi un enjeu de santé publique, nécessitant une prévention à toutes les échelles du territoire. Les enjeux sont également sociaux, les disparités socio-économiques au grand âge sont réelles.

La mobilité des aînés est amoindrie avec l'avancée en âge : l'aménagement du territoire et les politiques publiques doivent en tenir compte pour favoriser leur intégration dans la société.

Les enjeux sociétaux portent sur l'intégration des aînés dans la société en tant que citoyens actifs. Pour y parvenir, il faut modifier les représentations des vieillesses de l'ensemble de la population. Le vieillissement est l'affaire de tous, des citoyens comme des acteurs du territoire. Le qualité de vie des personnes âgées et leur intégration dans les territoires sont des priorités pour mener à bien une politique de développement durable.

PARTIE II.

IDENTIFIER ET ANALYSER LES TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14E

Introduction

La deuxième partie est consacrée à la démarche scientifique pour identifier et analyser les territoires de vie des 75 ans et plus. Les pratiques spatiales, la perception de l'espace et sa représentation sont les fondements de notre approche géographique. L'utilisation des cartes mentales s'intègre dans une démarche exploratoire. L'objectif est de comprendre quelles sont les dynamiques spatiales des personnes âgées et de cartographier tant leurs pratiques spatiales que leur représentation de l'espace.

En nous appuyant sur l'état de la littérature, nous aborderons dans le chapitre 5 les notions de pratiques spatiales et de perception de l'espace qui nous conduiront à la représentation du territoire de vie par les cartes mentales. Il s'agit de reprendre les méthodes existantes et d'élaborer une méthode d'analyse des cartes mentales.

Le chapitre 6 sera consacré à la conception et à la réalisation de l'enquête menée, en 2008-2009, dans le 14^{e} arrondissement parisien. Nous reviendrons sur l'élaboration du questionnaire, la constitution de l'échantillon et les modalités de l'enquête avant d'expliciter les méthodes d'analyse de l'ensemble des questions.

Les résultats de cette approche écologique seront présentés dans le chapitre 7 en fonction des quartiers sélectionnés et des deux sous-populations issues de l'enquête.

CHAPITRE 5
DES PRATIQUES SPATIALES AU CŒUR DE LA DÉMARCHE GÉOGRAPHIQUE

INTRODUCTION

Un territoire de vie est à géométrie variable en fonction des pratiques spatiales qui lui sont associées. La mobilité et le maintien de l'autonomie des personnes âgées en sont les enjeux majeurs. Considérer que les pratiques spatiales sont le reflet de leur intégration dans une société suppose de comprendre la manière dont une personne s'approprie son espace et se le représente. Nous verrons d'abord en quoi les pratiques spatiales sont le reflet de la mobilité et de l'accessibilité des personnes âgées pour ensuite expliciter la méthode de recherche utilisée dans la représentation mentale de l'espace, c'est à dire les cartes mentales.

5.1 DES PRATIQUES SPATIALES, AGENTS DE L'APPROPRIATION DE L'ESPACE

5.1.1 Les pratiques spatiales : un paradigme de la géographie sociale

La notion de pratiques spatiales est au cœur de notre démarche scientifique. Avant de la définir, il nous faut revenir sur l'évolution de la géographie afin de mieux comprendre quels sont les débats épistémologiques. La géographie du comportement prit son essor dans les années 1960-1970 dans les pays anglo-saxons où l'on analyse alors comment se déplacent et s'orientent les personnes sur un territoire sans « tenter d'accéder aux états de conscience des sujets. En France, la géographie du comportement laisse rapidement la place à la géographie de la perception, puis à la géographie des représentations mettant l'accent sur les représentations davantage que sur les pratiques associées (A.Bailly, A ; Frémont, cité par J. Lévy et M. Lussault). Les apports de la géographie culturelle permettent de lier les pratiques et les « *sens donnés en s'attachant aux valeurs culturelles et sociales qui les guident* »[132]. Les années 1990 sont, quant à elles, marquées par une convergence des regards pluridisciplinaires où la sociologie, la psychologie de l'environnement, l'urbanisme

[132] Opus cité

s'intéressent à ce territoire perçu. En fonction des courants épistémologiques, les dictionnaires de géographie ne définissent pas de la même façon la notion de territoire. Ce sont les ouvrages des géographes sur les notions de territoire et d'espace social qui contribuent davantage à définir cette notion.[133] Une première définition permet de donner un sens commun : « *les pratiques spatiales forment l'ensemble des déplacements des individus liés à des liens sociaux, le territoire est avant tout un espace de vie qui se confond avec l'aire de ses pratiques spatiales*. (A. Frémont, 1984). Il s'agit des mobilités liées aux liens sociaux, aux modes de vie, aux besoins quotidiens qui contribuent à l'appropriation du territoire. L'aire des pratiques spatiales dépasse la notion d'espace euclidien, car elle représente d'un côté un espace de vie (défini par Frémont comme un espace fréquenté avec des lieux, des nœuds autour desquels un individu vit) et de l'autre, un espace perçu défini comme un espace vu, entendu et senti au quotidien (Chevalier et C. Bertrand, 1984) et un espace vécu, utilisé, approprié et ressenti. L'espace de vie s'associe à l'espace vécu (J. Gallais, 1984). Ces pratiques spatiales constituent le socle de l'appropriation du territoire : elles peuvent être répétitives, routinières ou exceptionnelles et sont associées à des temporalités spécifiques, quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles… Guy Di Méo préfère le terme de pratiques sociales : les déplacements, les fréquentations concrètes de lieux, tous les actes spatialisés que l'individu mène dans son milieu. Dominique Argoud (2004) utilise le terme de relations spatiales socialisées. Les pratiques sociales et spatiales contribuent à créer de l'espace, elles concourent à la territorialité (G.Di Méo, 1999).

J. Lévy et M. Lussault différencient « *l'action spatiale à propos de celle qui manifeste une intention objectivable de s'inscrire dans un rapport pragmatique à l'espace de l'action spatialisée qui consiste davantage en une action politique comme construire un théâtre » et enfin* de « *la pratique spatiale qui tend à désigner une phase au sein de l'action qui engage l'opérateur dans une relation directe au monde des phénomènes* ». Ainsi les pratiques spatiales d'un individu sont-elles le reflet de sa mobilité, de ses liens sociaux, de sa trajectoire personnelle, de son engagement spatial qui lui permettent de créer ou d'entretenir des liens sociaux.

[133] Le dictionnaire de Géographie de Pierre George et Fernand Verger ne définit pas le terme de pratiques, celui de Roger Brunet (1993) évoque quant à lui le mot pratique comme étant « *ce que l'humanité, les sociétés, les individus font tous les jours, et qui fait le monde, dont l'espace géographique. De Prak, faire, ensemble des actions que l'on peut observer, analyser, interpréter. C'est de la pratique sociale que viennent les apprentissages, les lois, et l'espace géographique, comme les organisations spatiales. La pratique fait les habitus et soutient les systèmes spatiaux* ».

Le quartier devient ainsi l'entité spatiale symbolique de l'espace vécu. Cet espace vécu, connu, approprié est propre à chaque citadin. « *Pour définir un quartier, il faut à la fois une appropriation collective visible dans la ville et une signification collective donnée à cet espace* » (A-L. Humain-Lamoure, 2007). Guy. Di Méo (1994) le définit comme une « *structure construite, produite et imaginée par l'individu et néanmoins intelligible pour la collectivité en tant que représentation imprégnée d'informations et d'apprentissages sociaux.* ». Le quartier résulte de l'attachement né de pratiques répétitives, ritualisées au quotidien constituant l'appropriation de l'espace. « *L'effet de l'âge apparaît comme étant déterminant, l'attachement reflète une volonté d'ancrage et de moindre mobilité des personnes âgées plus qu'une marque d'attachement à l'entité quartier* » (F.Guérin-Pace, page 157). Thierry Ramadier (2007) fait le parallélisme entre attachement et mobilité : « *l'attachement à un lieu ne nécessite pas forcément que ce lieu soit régulièrement fréquenté et la mobilité quotidienne peut alors devenir la conséquence d'un attachement à différents types de lieux qui forment, rassemblés, l'identité spatiale de l'individu* ».

5.1.2 Pratiques spatiales du grand âge : reflets des mobilités et de l'accessibilité

La littérature concernant la mobilité des personnes âgées en ville aborde la question sous l'angle des freins à la mobilité. « *La personne y est souvent définie en termes de handicaps et de limitations physiques ; elle n'existe pas comme usager tant qu'elle n'est pas touchée par des problèmes de mobilité* » (Dartiguenave, 1998)[134]. Or, considérer les pratiques spatiales en tant que production d'espace, en tant qu'action spatiale permet de donner une vision plus dynamique aux déplacements des personnes âgées. Alors que l'avancée en âge est souvent synonyme de rétrécissement du territoire de vie (J. Morval, 2006), considérer qu'exister c'est se déplacer, entretenir un réseau social et produire de l'espace est une vision plus dynamique que celle des études sur les déplacements des personnes âgées qui se cantonnent souvent aux difficultés de déplacements, cependant bien réelles. Si les psychologues de l'environnement évoquent une désappropriation de l'espace pour les personnes arrivées à un âge avancé, il est pertinent de comprendre ce qui fait l'appropriation et ce qui y contribue au grand âge. La condition sociale, le degré d'avancée dans le grand âge, le genre, les trajectoires personnelles, l'état de santé sont un des socles de l'appropriation du territoire déterminant en partie le type

[134] Citée par S. Clément *et al,* (2005), *Usages, normes, autonomie : analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population.* Université Toulouse le Mirail et CIRUS-CIEU, UMR 5193,CNRS, 197 p. En ligne :
http://perso.numericable.fr/sitedurtf7/downloads/Rapport%20Usages,%20Normes,%20Autonomie.pdf

de pratiques spatiales ainsi que leurs temporalités. L'accessibilité des services, l'offre de transport, leurs coûts constituent le second socle de l'appropriation et des pratiques spatiales : on comprend bien ici que les pratiques spatiales individuelles ou collectives sont multifactorielles.

L'accessibilité est au cœur des pratiques spatiales, car elle renvoie aux notions d'aménagement de l'environnement urbain, de l'offre de proximité et aux obstacles du déplacement. « *L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant les discordances entre leur capacité, leurs besoins et leurs souhaits, d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement, d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire de se déplacer et d'accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres* » (Ministère du développement durable, 2010). Cette définition de l'accessibilité est commune à tous les habitants et ne privilégie plus simplement les personnes handicapées mais englobe l'ensemble de la population. L'accessibilité est ainsi liée à l'exercice de la centralité et se développe grâce à l'aménagement d'infrastructures de communication (D. Pumain, 2006).

Le dictionnaire du Petit Robert définit la mobilité comme étant « *le caractère de ce qui peut se mouvoir ou être mûr, changer de place, de position* ». La mobilité se définit également comme étant « *l'ensemble des pratiques de déplacements d'une population dans son cadre habituel* » (J.P Orfeuil, 2003). « *La mobilité est un concept défini comme étant un ensemble de manifestations liées aux mouvements des réalités sociales (hommes, objet matériels et immatériels dans l'espace* » (J. Levy, M. Lussault, 2003). Cette définition associe les notions de mobilité et de valeurs sociales et économiques tout en s'appuyant sur l'environnement en tant que support avec ses aménagements, ses acteurs et les politiques publiques qui lui sont associées. La mobilité se traduit par des déplacements, des flux. « *Elle est appréhendée en termes de pratiques, d'usages, de représentations : la mobilité quotidienne s'intègre dans les études consacrées aux pratiques spatiales des urbains* » (M. Lussault, 2000).

Pour mesurer la mobilité, plusieurs indicateurs sont à notre disposition : l'accès aux moyens de transport, le nombre de déplacements par personne et par jour, la distance parcourue par personne et par jour, la durée du déplacement et son coût ainsi que le partage modal soit en nombre de déplacements soit en proportion des distances parcourues dans chacun des modes

utilisés. Le rapport du CERTU de 2001 s'est penché sur la mobilité des personnes âgées, habitant dans des grandes agglomérations de plus 10 000 habitants. L'enquête « Ménages et déplacements », de 1999, évoque une pratique de mobilité quotidienne. 71% des séniors interrogés, vivant en milieu urbain, déclarent s'être déplacés la veille. La mobilité diminue avec l'avancée en âge à partir de 80 ans, les femmes sortent moins et sont moins mobiles que les hommes quel que soit l'âge. Les séniors effectuent 2,61 déplacements par personne et par jour, les 80 ans et plus 1,8 en moyenne. Les motifs du déplacement sont les achats, la santé, les visites, les promenades, les démarches administratives. Les modes de déplacements utilisés sont avant tout la marche, la voiture, les transports en commun.

De nombreuses études ont vu le jour au Canada, en Allemagne, en Angleterre ou en France concernant les mobilités des retraités dans les banlieues ou les espaces péri-urbains. Ces études intègrent la possession d'une voiture, essentielle pour se déplacer [135]. L'étude de Nicolas Luxembourg sur la mobilité des personnes âgées en banlieue pavillonnaire montre la dépendance des personnes âgées à la voiture, car les situations d'inégalités dans l'accessibilité aux services de proximité sont bien plus marquées qu'en ville ou centre-ville. Catherine Espinasse a travaillé sur le deuil de la voiture comme étant une phase importante dans la négociation de la vieillesse. Elle va également plus loin en montrant l'importance du deuil du bus, des transports en commun en général. Certains chercheurs évoquent le droit à la ville au grand âge.

Deux études ont retenu notre attention, celle du centre-ville de Toulouse qui est une des seules études récentes sur les mobilités, et l'intégration de personnes âgées en centre-ville. (S. Mantovani, 1994) et celle du centre de Marseille (M. Haicault ; S. Mazzella, 1996). Ces deux études sociologiques appréhendent les mobilités des personnes âgées en centre-ville. A Marseille, les personnes enracinées dans le quartier privilégient une micro-mobilité à l'échelle du quartier. Avec l'âge et les deuils, des pratiques urbaines plus étendues disparaissent, mais les personnes s'enracinent et privilégient l'espace proche du domicile. Peu d'études nouvelles sont publiées sur les centres ville car l'ampleur du vieillissement touche maintenant les banlieues et les espaces péri-urbains où les déplacements et l'accessibilité sont des enjeux majeurs pour maintenir les aînés dans la société.

La marche demeure en ville le mode de transport privilégié avec l'avancée en âge (CERTU, 1999). Quelques études ont analysé le parcours des personnes âgées afin d'identifier les habitudes, les trajets et les facteurs facilitant ou aggravant l'autonomie, comme l'éclairage, le

[135] Sébastien Lord établit un recensement des études menées dans les espaces périurbains (en 2008).

manque de signalisation, les trottoirs étroits ou encombrés (J. Yerpes, 1998). Béatrice Chaudet (2008) a suivi à Angers les personnes qu'elle avait interrogées pour comparer les mobilités déclarées et les mobilités effectives des aînés : les stratégies d'évitement et de contournement sont importantes pour continuer à se déplacer malgré les obstacles urbains. Pierre-Marie Chapon (2010) a utilisé le GPS pour identifier l'aire parcourue de personnes âgées en milieu urbain pour mieux identifier les besoins en service de proximité. Les aires parcourues oscillent entre 300 et 500 mètres en centre-ville, à pied. Les Canadiens préfèrent la notion de temps plutôt que la notion de distance : marcher 10 minutes autour de son domicile pour faire ses achats (S. Lord 2008). Peu d'études s'attachent à la perception de la mobilité en même temps qu'à la perception du territoire.

L'étude de l'IAURIF en 2001, met en exergue les nombreux obstacles dans l'accès aux transports en Ile-de-France : la station debout, le compostage, la montée ou la descente du bus sont autant de gênes qui augmentent après 70 ans. 70% de la population des 60 ans et plus seraient à mobilité réduite ou en situation de handicap dans l'autobus, en prenant en considération les problèmes de vue, d'ouïe et d'équilibre. Des difficultés plus importantes portent encore sur les réseaux ferrés : sentiment d'insécurité, utilisation des billetteries automatiques, montée des escaliers (problème de souffle ou de membres inférieurs), trop longues correspondances, 67 % des 60 ans et plus montent difficilement les escaliers, et pour 39% la difficulté est importante. L'usage des escaliers mécaniques est également problématique. La signalisation est également un frein pour les personnes mal voyantes. Types d'habitat et environnement peuvent contribuer à accentuer la dépendance ou au contraire favoriser l'autonomie. Or, « la pratique de l'espace urbain constitue un droit de la personne âgée »[136].

Au grand âge, les types de pratiques spatiales se modifient pour la plupart des personnes, rares sont celles qui conservent une activité professionnelle (souvent sous forme associative) : les déplacements sont de ce fait liés aux besoins quotidiens et aux liens sociaux plus ou moins développés mais également à l'accessibilité matérielle, financière et sociale des lieux côtoyés.

Les déplacements du quotidien associés aux besoins essentiels forment un premier type de pratiques spatiales. L'espace vécu se matérialise chez les habitants par le quartier qui représente l'espace des pratiques quotidiennes. Les études menées par France Guérin-Pace montrent que quel que soit l'âge, l'aire parcourue oscille entre 300 et 500 mètres : la distance parcourue est en partie conditionnée par le réseau des commerces de proximité : le lien social

[136] Anonyme, 2004, cité par Serge Clément et al., opus cité

est régulier avec le pharmacien, le boulanger, le boucher. Cette sociabilité est essentielle pour les personnes âgées : ce sont parfois les seuls liens de la journée. Les déplacements familiaux constituent un second type de pratiques spatiales, associant déplacements et liens sociaux. Les déplacements liés à la participation sociale forment un troisième type de pratiques spatiales : la participation sociale regroupe l'ensemble des liens sociaux établis en dehors du domicile : activité politique ou citoyenne, activité récréative, sportive, religieuse, bénévolat sont autant d'activités qui permettent aux personnes de rester intégrées dans la société (M-A. Delisle, 2006). Ces déplacements sont encore plus conditionnés par le niveau de diplôme, les revenus, le genre mais également l'accessibilité, la connaissance de l'offre existante. Un dernier type de pratiques spatiales est lié aux déplacements médicaux. Les visites chez le médecin généraliste ou les spécialistes constituent un lien ponctuel majeur dès que les problèmes de santé surviennent.

Les pratiques spatiales vont ainsi matérialiser une intégration au sein de la société et dans un territoire de vie. Ces pratiques sont collectives mais également individuelles. Ces pratiques spatiales constituent la matérialisation des liens sociaux, la marque de la territorialisation des individus mais également des groupes. Comprendre les pratiques spatiales individuelles et collectives et leurs dynamiques est riche d'enseignements en matière de besoins, de qualité de vie et de bien-être au sein d'un territoire.

5.1.3 Pratiques spatiales : un observatoire du capital spatial ?

Depuis 1994, la notion de capital spatial s'est développée en géographie sociale. Cette notion fut développée par Jacques Lévy par analogie avec la notion de capital social (voir le chapitre 3). Il la définit comme étant « *l'ensemble des ressources accumulées par un acteur, lui permettant de tirer avantage, en fonction de sa stratégie, de l'usage de la dimension spatiale de la société* »[137]. Chaque individu possède un capital spatial qui lui permet d'être un acteur spatial. Il distingue le capital spatial de position (l'inclusion dans un espace sans distance qui apporte les atouts globaux) du capital spatial de situation, lié à une aire : il s'agit ici d'un espace que l'individu s'approprie globalement, par ses mobilités, en maîtrisant les distances. Didier Verchambre (2007) intègre la notion de capital spatial dans celle de capital social, « *le capital social, c'est en premier lieu l'espace que l'on possède, le patrimoine foncier que l'on détient, les acquis de l'expérience de l'espace : déplacements ordinaires, mobilités de loisirs, changements résidentiels, mobilités migratoires par lequel se construit une expérience de*

[137] Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, pages 124-126.

l'espace.» Un autre courant remet en cause cette notion de capital spatial et propose l'idée de territorialiser le capital social afin d'en établir une traduction spatiale (S.Lardon, 2008). Cette évolution du concept laisse une grande place aux chercheurs : l'université de Caen et l'UMR 6590 ont fait leur projet de recherche des années à venir (2012-2015). Ils définissent le capital spatial comme « *la possibilité de maîtriser les échelles géographiques depuis le local jusqu'au mondial en d'en tirer avantage et position élevée dans la hiérarchie sociale* ».[138]

Cette notion en construction est intéressante pour les populations vieillissantes : l'environnement urbain est bien un support et un produit. Comment évaluer l'impact du capital spatial sur l'appropriation de l'espace au grand âge ? Un faible capital spatial peut-il renforcer l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées ? Cette interrogation nous conduit à évoquer les outils qui permettent d'évaluer le capital spatial. Ceux-ci s'appuient sur la perception et la représentation de l'espace vécu.

5.2 LA CARTE MENTALE : UN OUTIL AU SERVICE DE LA REPRÉSENTATION DE L'ESPACE

5.2.1 Historique de l'utilisation des cartes mentales

La carte mentale utilisée en géographie se distingue de la carte cognitive[139] des sociologues ou bien de la carte heuristique ou schéma heuristique développés dans les entreprises ou dans les formations continues. « *La carte cognitive est la représentation organisée du temps et de l'espace par un individu alors que la carte mentale est le produit de son action* » (J-P. Thouez, 2010). Cette définition nous invite à revenir sur les origines de la carte mentale et sur les réflexions méthodologique et épistémologique que les géographes, sociologues, psycho-sociologues, urbanistes ou architectes ont menées depuis les années 1960 autour de la perception de l'espace et de ses représentations.

Selon Colette Cauvin, les premiers travaux portant sur la cognition de l'espace remontent au début du siècle, en 1908 (Gulliver). L'impulsion majeure est donnée dans les années 1960 en Amérique du Nord et au Royaume-Uni, puis en France dans les années 1970. Ce sont les travaux de David Lynch qui marquent le début de cette réflexion. Dans son ouvrage « *L'image de la cité* », l'auteur propose aux habitants de Boston, Jersey City et Los Angeles de représenter par un dessin les images de leur ville en s'appuyant sur leurs trajets et sur leurs

[138] Projet de l'UMR 6590 ESO (Espaces et sociétés).
[139] La carte cognitive est définie par Colette Cauvin dans « Pour une approche de la cognition spatiale intra-urbaine », *Cybergéo : European journal of geography*[en ligne] http//www.cybergeo.eu/index5043.html

connaissances de la ville. Les cartes réalisées permirent de travailler sur les images représentées sous forme de voies, limites, quartiers, nœuds et point de repère. Lynch différencia aussi les images collectives de la ville des images individuelles. C'est l'ouvrage de Peter Gould et Ronald White (1974) qui popularisa l'utilisation des cartes mentales, proposées alors pour étudier les préférences résidentielles des habitants de différents États. R. Downs et D. Stea (1977) élargirent la notion de carte mentale en se recentrant sur la géographie de la perception : la carte mentale est alors « *un construit qui rassemble les processus cognitifs qui permettent à une personne d'acquérir, coder, stocker, se remémorer et manipuler une information relative à la nature de son environnement spatial* ». Donald Appleyard (1979) travailla également sur les représentations de la ville qui diffèrent en fonction du groupe social et du lieu de résidence.

A partir de 1985, les géographes français comme Antoine Bailly ou Armand Frémont se recentrent sur la géographie des représentations. La carte mentale devient « *un instrument destiné à nous éclairer à propos de l'imaginaire individuel ou collectif, et de la conception que nous avons du monde, conception qui sert de base à beaucoup de nos comportements, tant au niveau de nos choix d'itinéraires qu'au niveau de nos préférences spatiales* » (A. Bailly, 1984). Les définitions des dictionnaires de géographie précisent que : « *les cartes mentales représentent les représentations spatiales des personnes interrogées* »[140], ou encore « *une expression cartographique d'une représentation subjective de l'espace* » [141]. Chaque personne a sa propre représentation en fonction de son histoire, de sa culture, de son éducation, de son ancienneté dans le quartier. Les facteurs personnels et environnementaux y concourent. Chaque individu s'appuie sur des repères, des axes structurants comme les routes, les axes par l'intermédiaire des carrefours (Lynch 1960 ; Bailly, 1995). La carte mentale met en relief des marqueurs spatiaux et les repères tangibles d'un territoire donné (C. Bertrand, 2007). Certains repères sont chargés de symboles et de valeurs, l'église est un repère spatial pour des habitants mais également le lieu de sociabilité pour les personnes pratiquantes et insérées dans les activités paroissiales. La carte mentale est aussi le moyen de faire passer un message, d'inscrire son bonheur, son bien-être, mais également son isolement, sa déprise. Les lignes deviennent alors des fractures spatiales, symbolisant les frontières opaques de son territoire. Deux mondes sont figurables sur la carte, le matériel (l'environnement urbain) et le monde idéel, celui de l'imagination, de la perception, de l'interprétation (Di Méo, 1991). La

[140] Brunet.R, les mots de la géographie, Reclus, La documentation française, 1992, page 91.
[141] J.Levy, M.Lussault, Dictionnaires de géographie et de l'espace des sociétés, Editions. Belin, Paris 1008 p.

distance euclidienne est alors complétée par des distances structurales (relations économiques et sociales) mais également affectives intégrant le rapport sensible à l'itinéraire parcouru. (Bailly, 1985).

5.2.2 Cartes mentales et personnes âgées

Les apports des différentes disciplines des sciences sociales nous permettent d'envisager la carte mentale comme étant une représentation de l'espace vécu, un outil permettant de mesurer l'ancrage territorial des personnes âgées dans un espace urbain et ainsi leur intégration dans la société urbaine.

Les cartes mentales sont aujourd'hui de plus en plus prisées dans les recherches dites qualitatives par les urbanistes, aménageurs, géographes, sociologues ou encore psychologues. Les cartes mentales sont souvent proposées à une tranche d'âge spécifique comme les enfants (Y.André[142]), les adolescents (A. Fournand[143]), les étudiants (M-L.Felonneau[144]) ou bien à l'ensemble d'une population dans le cadre d'un aménagement urbain pour mieux saisir la perception et l'usage que peuvent en faire des habitants comme l'étude de la création d'un aéroport à Notre-Dame-des-Landes près de Nantes (L.Avry[145]). Peu d'études récentes proposent la réalisation de cartes mentales aux personnes très âgées. Nous pouvons cependant recenser de façon non exhaustive plusieurs études, dont celle de Katia Bonventi[146] qui a proposé aux aînés des maisons de retraite de dessiner leur espace de vie à la suite d'un changement de résidence. Thierry Ramadier et Caroline Desprès[147] ont également utilisé les cartes mentales pour saisir les territoires de mobilité et les représentations des habitants âgés de la banlieue de Québec. Pierre-Marie Chapon[148] a mené des recherches auprès de résidents

[142] André, Y. Cartes mentales pour un territoire : à propos du bassin de Genève, *Mappemonde*, n°1, 1989, pages 12à 15, en ligne : http://www.mgm.fr/PUB/Mappemonde/M189/p12-15.pdf

[143] Fournand, A. Images d'une cité. Cartes mentales et représentations spatiales des adolescents de Garges-les-Gonèsses, *Annales de Géographie*, 2003. T.112, n°633, p.537-550.
En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/geo_0003-4010_2003_num_112_633_968

[144] Felonneau, M-L., Les étudiants et leurs territoires. La cartographie cognitive comme instrument de l'appropriation spatiale.. *Revue française de sociologie*, 1994, 35-4, pp533-559.
En ligne: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1994_num_35_4_4354

[145] Avry, L. Ollivro, J. 2007, Comprendre la place des territoires dans les conflits d'aménagement et d'environnement pour favoriser l'insertion durable des nouvelles infrastructures. Le cas de l'aéroport de Notre-Dame-des-Landes, Rapport final, PRIR « Notre-Dame-des-Landes, » 350 p.

[146] Bonventi, K. (2007), Habiter en maison de retraite, Maintien de l'identité et vie urbaine. URL : http//www.cleirppa.asso.fr. Date de mise en ligne 21 juin 2007. Consulté le 15 mars 2008

[147] Ramadier,T.,Desprès, C. Les territoires de mobilité et les représentations d'une banlieue vieillissante de Québec, *Recherches sociographiques*, volume 45, n°3, septembre, décembre2004, P.521-548. En ligne : http://id.erudit.org/iderudit/011468ar

[148] Chapon, P-M. Cartes mentales et représentations spatiales de résidants en MARPA : un outil d'aide à l'implantation de nouvelles structures d'hébergement ? *Norois*, n°216, 2010/3, pp.57-66

en MARPA (Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées) afin de relier l'implantation des futures MARPA en aux représentations spatiales des personnes âgées ». Martha de Alba Gonzales[149] a proposé aux aînés du centre historique de Mexico de dessiner ce quartier afin de comprendre comment le passé et l'histoire personnelle influencent la représentation des lieux vécus au quotidien. Certains acteurs s'emparent de cet outil comme le Conseil général de la Gironde dans le diagnostic socio-urbain du quartier du Grand Parc[150] à Bordeaux où les cartes mentales furent utilisées pour comprendre comment se déplaçaient les personnes à mobilités réduites dans l'objectif de mieux répondre à leurs besoins spatiaux. En lien avec le Centre d'Action Sociale et le centre social du quartier Flandres dans le 19^{e} arrondissement, Elise Masuélis utilise les cartes mentales pour identifier des personnes dites « silencieuses » afin de mieux répondre aux besoins des habitants de ce Quartier Politique de la Ville.[151] Ainsi, les cartes mentales permettent-elles de mieux repérer l'usage d'un espace, les besoins de ses habitants (Anne Charousset, 2007).

5.2.3 Apports et limites des cartes mentales

Les cartes mentales permettent de matérialiser l'espace vécu, un espace connu et fréquenté, représenté de mémoire. La forme, les éléments représentés, les commentaires, la couleur utilisés sont autant de données à décrypter, à analyser en fonction de l'hypothèse de départ. Aucun ouvrage méthodologique ne propose une méthode d'analyse pour utiliser les cartes mentales. Il faut se pencher dans des ouvrages spécialisés de sociologie, quelques ouvrages de géographie et surtout recenser l'ensemble des articles scientifiques pour appréhender les méthodes d'analyse. Dans les années 70, Colette Cauvin évoquait déjà la multiplicité des regards et des méthodes choisies. La recension de la littérature offre un panel large de méthodes utilisées. Certaines partent de la confection de la carte suivie d'un questionnaire, d'autres associent carte mentale et entretiens semi-directifs. La carte mentale permet d'être associée aussi bien à une recherche qualitative qu'à une recherche quantitative, en considérant la carte mentale comme un outil complémentaire, ce qui permet de centrer l'analyse sur un

[149] De Alba Gonzales, M.(2009), *Les représentations du centre historique de Mexico au regard des résidents âgés*. Colloque l'art du bien vieillir, Toulouse, 11-12-13 mars 2009. En ligne : http://w3.cieu.univ-tlse2.fr/textes/Martha_De_Alba.pdf.

[150] Charousset. A. *Diagnostic socio-urbain du quartier du Grand Parc, état des lieux et évaluation des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie en matière d'accessibilité, adaptation du logement et environnement*. Conseil régional de la Gironde, 2007. En ligne:http://82.138.74.167/pdf-2007/07b75-diagnostic-socio-urbain-du-grand-parc-12-07-agnes-charousset.pdf

[151] Mémoire de master2 soutenu en 2011

aspect de la recherche. La difficulté majeure consiste à analyser des données individuelles d'une part, et collectives de l'autre.

La carte mentale doit être réalisée dans des conditions spécifiques : par un groupe de personnes similaires, de la même tranche d'âge et/ou d'un même groupe socio-économique. (Si certaines études proposent un fond de carte, un plan, la majeure partie propose une feuille blanche afin de laisser libre cours aux représentations personnelles). La consigne posée est directement liée à l'objet d'étude. Les géographes demandent régulièrement de dessiner le quartier, dessiner sa ville, son village. Certaines études guident davantage l'individu et lui demande de dessiner les lieux attractifs ou répulsifs, le trajet utilisé…

Le dépouillement des cartes mentales consiste à lister les éléments cartographiés : les cinq formes de David Lynch (axes, frontières…) mais également toute information permettant de comprendre la représentation comme des commentaires. Anne Felonneau(1994) utilise d'abord une première description des éléments cartographiés. Le principe de la grille de lecture permet de recenser le type d'information cartographié et de transformer ces données en données binaires. Ce premier travail permet de cibler les formes des cartes, les échelles et de décrire la densité d'information. Les données codées sont ensuite analysées avec un logiciel de statistiques comme Sphinx, MODALISA ou Access. Anne Félonneau analyse les données au moyen d'une Analyse Factorielle des Correspondances suivie d'une Classification Ascendante Hiérarchique afin de déterminer les types de cartes et profils des personnes interrogées. Thierry Ramadier utilise une autre méthode qui consiste à étudier les écarts entre ce qui est dessiné sur la carte mentale et la réalité du territoire pour mieux comprendre, comment s'effectue cette appropriation du territoire et mieux visualiser les distances parcourues au sein de l'espace vécu[152].

Les cartes mentales présentent des limites méthodologiques sur lesquelles il nous faut revenir. L'existence même des cartes mentales suscite des débats. Si les spécialistes s'accordent sur l'intérêt de la carte mentale, les oppositions sont nombreuses sur son utilisation exclusive et sur les interprétations dont elles font l'objet. Dans certains cas, des lieux représentés sont dévalorisés par l'individu, certains sont omis alors qu'ils sont fréquentés. Breux et alii[153]

[152] Ramadier, T, Desprès, C « les territoires de la mobilité é et les représentations d'une banlieue vieillissante de Québec », *Recherches sociographiques*, volume 45, numéro 3, septembre-décembre 2004, p.521-548. En ligne http://id.erudit.org/iderudit/011468ar

[153] Breux S., Reuchamps, M. Loiseau, H.(2010) Apports et potentialités de l'utilisation de la carte mentale en science politique. "*Figurer l'espace en sciences sociales* », *TRANSEO*, numéro 02-03-Mai 2010. En ligne : http//www.transeo-review.eu/Apports-et-potentialités-de-l.html.

évoquent les difficultés d'interprétation des cartes mentales tant les données sont nombreuses et hétérogènes. Pour J. Morval[154], « *cette technique semble donner lieu à des données difficiles à interpréter sur le plan collectif* ». Ces réflexions renvoient à la méthodologie utilisée mais également à la « perception des chercheurs » (S. Breux, 2010). Toute la difficulté réside dans l'analyse de données graphiques, de représentations personnelles en données exploitables, collectives, analysées et non interprétées arbitrairement. La recension de la littérature, que ce soit dans les revues, les ouvrages ou les thèses, abouties à un manque de lisibilité dans les méthodes employées, ce qui concoure à la critique ou la méfiance quant aux résultats obtenus.

D'autres limites existent lors de la confection de la carte mentale. Cet outil est difficilement utilisable avec des personnes analphabètes ou illettrées, car elles ne peuvent pas représenter un espace sous forme de trait, de figure et encore moins écrire des informations, il faut alors travailler sur d'autres outils comme utilisation d'objets, la reconnaissance de photos ou encore le cheminement.

Il en résulte que la carte mentale ne peut se suffire à elle-même : elle est à intégrer à un système d'information multi-sources ; elle est un outil complémentaire à une démarche scientifique.

5.3 MÉTHODE D'ANALYSE DES CARTES MENTALES

Dans le cadre de notre étude, la représentation mentale est un outil permettant d'appréhender la perception de l'espace vécu et les pratiques spatiales des personnes âgées de 75 ans et plus.

La carte mentale fut proposée à la suite d'un entretien (sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 6) où les aînés ont décrit leurs déplacements réguliers mais également la perception de leur quartier. La carte arrive comme un aboutissement. Contrairement à K. LYNCH ou à P-M. Chapon , nous ne demandons pas aux personnes âgées de nous montrer le cheminement, mais leur demandons de dessiner le quartier dans lequel elles vivent et se déplacent, en utilisant une feuille vierge. Chaque personne a la possibilité d'utiliser un crayon, une gomme, une règle, des crayons de couleurs et des feutres. Chaque personne âgée délimite ainsi le quartier où elle vit en fonction de ses perceptions et de ses pratiques spatiales. Cela permettra

[154] Morval J. *La psychologie environnementale*, Presses de l'Université de Montréal, 2007, p.86

d'identifier d'une part comment un quartier est représenté par ses habitants et, d'autre part, donnera une vision collective du rétrécissement du territoire des aînés. Seule une étude longitudinale sur plusieurs années pourrait nous permettre d'évaluer le rétrécissement à plusieurs dates données pour une même personne.

La première démarche consiste à décrire et à recenser les informations présentes sur chaque carte. On peut alors matérialiser dans une grille d'analyse les informations présentes ou non dans la carte (cf. annexe 8). Dans cette étape, il n'est pris en considération que les informations visibles sur la carte comme la forme (plan, dessin, mots, organigramme), la localisation du quartier d'habitation, l'orientation , le noms des rues et des lieux, la couleur utilisée (noir et blanc et ajout de couleurs ou non), les voies (rues, axes), les limites (voie ferrée, axe routier), les nœuds (les carrefours, les ronds-points), les points de repères (bâtiments publics, des squares), l'échelle représentée (codage 1 à 4 de l'îlot à Paris et banlieue), la présence ou non d'une légende. Ensuite, la grille est complétée par

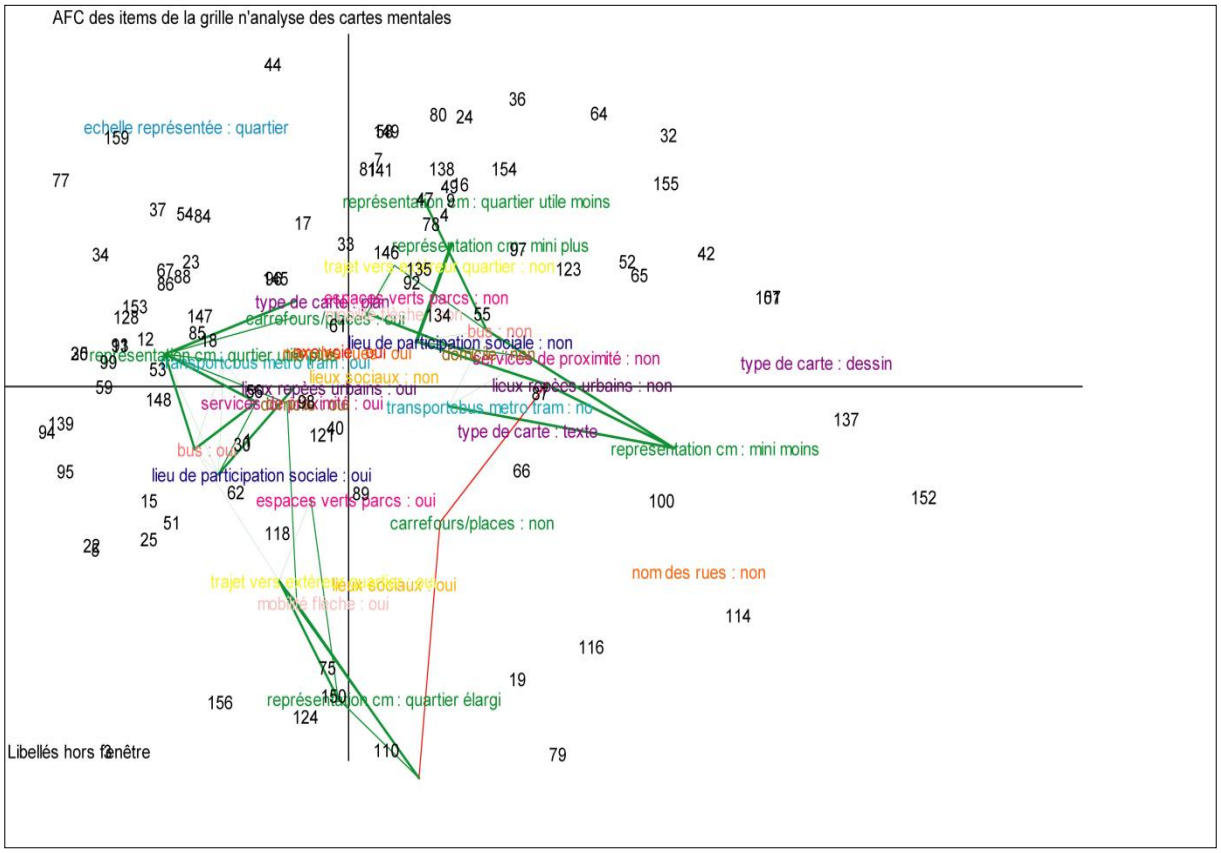
- les informations propres à l'environnement urbain et aux aménités (transports en commun, commerces de proximité, parcs et jardins),
- les lieux qui représentent un lien social (lieux récréatifs, maison familiale, maisons d' amis)
- les trajets matérialisés par des flèches ou des lignes ou bien pour indiquer des déplacements extérieurs au quartier,
- la présence du logement,
- les commentaires écrits positifs ou négatifs.

Chaque information est codée 0 ou 1 en fonction de son existence sur la carte. Une première approche simple consiste à faire la somme des informations : ce score discrétisé en classes, permet d'identifier les cartes peu détaillées, moyennement ou très détaillées. Cette première approche simple, sans traitement statistique, permet de visualiser des types de cartes. Une carte peu détaillée sur laquelle les moyens de transport ne sont pas indiqués, le nom des rues reste inexistant, l'orientation maladroite signale le rétrécissement de l'espace pour les personnes âgées. Mais le rétrécissement de l'espace ne suppose pas une désappropriation de l'espace. Il faut donc comprendre quels sont les facteurs discriminants influençant le passage entre rétrécissement et désappropriation de l'espace.

Une deuxième méthode consiste à prendre l'ensemble des items de la grille et de les analyser dans une Analyse Factorielle des Correspondances. Ce procédé permet d'identifier sur un axe les facteurs discriminants, afin de classer les types de cartes en fonction du « poids » des items.

Dans le logiciel MODALISA, l'AFC est calculée pour la sous-population des personnes ayant dessiné les cartes mentales, représentant cent personnes. Lorsque les liens sont établis entre les variables, le logiciel calcule la position de chaque individu ; leur numéro apparaît sur le graphique. Les liens entre variables apparaissent par des traits de couleur (Graphique n° 6).

Graphique n° 6 - Axe factoriel de l'AFC des items des cartes mentales



Source : Enquête B. Nader 2008-2009

Afin de dégager une typologie, le logiciel propose de calculer les centres mobiles, puis une classification ascendante hiérarchique indicée qui permettra de regrouper les individus qui se ressemblent le plus. Des essais sont réalisés en trois, quatre et cinq types de représentations mentales. Chaque numéro est alors associé à une lettre, c'est-à-dire à une classe statistique. L'intérêt du logiciel est qu'il établit une liste de liens entre les variables où deux à deux sont calculés les effectifs, les écarts, le khi^2, le Pourcentage Ecart Maximum (PEM) et le test du

khi². Le Tableau n° 4 distingue les cinq types de cartes mentales qui apparaissent dans cette analyse.

Un tri croisé entre les types de cartes mentales et la densité des cartes fait apparaître des liens significatifs : ainsi, le calcul de la densité d'information des cartes mentales est conforté.

Cependant entre les cartes de type « espace intimiste » et de type « minimaliste », la différence n'est pas toujours évidente : la mise en perspective des cartes mentales et des territoires ainsi que des réponses aux questions sur la perception du territoire de vie permettront d'ajuster les informations données par les cartes et de mieux les différencier.

Tableau n° 4- Typologie des cartes mentales

Types de cartes	**Caractéristiques**
Espace ouvert type B	Carte détaillée avec des flèches indiquant l'ouverture vers d'autres espaces, quelle que soit l'échelle utilisée. Organigrammes.
Espace village type D	Carte très détaillée avec repères urbains, lieux de participation sociale, services de proximité : échelle du quartier dans un rayon de 500 mètres autour du domicile
Espace restreint type C	A l'échelle de l'îlot, peu d'informations
Espace intimiste E	Entre le quartier et l'îlot, informations sélectionnées
Espace minimaliste A	Peu d'informations, dessin précis

CONCLUSION

Les cartes mentales sont un outil de représentation de l'espace. La méthodologie utilisée permet de différencier plusieurs types de représentations qu'il nous faudra ensuite mettre en relation avec les données de l'enquête. L'approche statistique permet une approche scientifique. Cependant, cette analyse doit se compléter par les données de l'entretien qui seules mettront en valeur la typologie obtenue. La carte mentale apparaît comme un outil complémentaire et ne peut se suffire à elle-même.

CHAPITRE 6
ANALYSE ET EXPLOITATION D'UNE ENQUÊTE QUALITATIVE

INTRODUCTION

L'enquête est le principal support de notre réflexion. Nous voulions cibler les besoins des 75 ans et plus. Il nous est vite apparu que l'approche qualitative et la démarche exploratoire s'imposaient pour appréhender les caractéristiques socio-économiques et culturelles des aînés, et leurs mobilités. Nous aborderons la démarche scientifique développée, de la conception à la réalisation de l'enquête, aux analyses statistiques cartographiques.

6.1 UNE DÉMARCHE QUALITATIVE POUR APPRÉHENDER LES TERRITOIRES DE VIE DES AÎNÉS

6.1.1 Une démarche scientifique

6.1.1.1 Les sources institutionnelles

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) est l'organisme institutionnel majeur fournissant des données statistiques en France. Depuis 2002, une révolution statistique s'est opérée en France avec la loi du 27 février 2002 définissant les principes de la rénovation du recensement. Auparavant la périodicité des recensements était irrégulière comme en attestent les dates des derniers recensements : 1975, 1982, 1990 et 1999. Les périodes intercensitaires trop longues ne permettaient pas une précision suffisante et devenaient un obstacle majeur dans la recherche, mais également pour les institutions, les acteurs décisionnels… La loi de 2002 partage les compétences des campagnes du recensement entre l'Etat et les communes. La méthode de recensement met en œuvre une technique d'enquêtes annuelles pour les communes de 10 000 habitants et plus. Chaque année, un échantillon représentant 8% de la population est tiré au hasard : il faut attendre cinq ans pour connaître l'évolution démographique globale de la commune. Pour les communes de moins de 10 000 habitants, la fréquence de collecte est quinquennale. Ces communes sont regroupées en cinq groupes qui sont tour à tour recensés. Ces recensements sont maintenant

mis en ligne sur le site de l'INSEE, ce qui constitue sans nul doute le deuxième axe de cette révolution : l'accès aux données nationales, régionales, départementales, communales et par Ilot Regroupés pour des Indicateurs Statistiques (IRIS)[155].

En Décembre 2009, les résultats du recensement de 2006 furent disponibles à l'échelle de l'IRIS : cela correspond aux campagnes de recensement effectuées de 2004 à 2008, lissées sur cinq ans. Actualisées régulièrement chaque année, les données disponibles actuelles (en janvier 2011) sont celles de 2007 à l'échelle de l'IRIS et de 2008 à l'échelle communale, régionale et nationale. Les résultats du recensement 2010, représentatifs de l'évolution depuis 1999, seront disponibles en 2012-2013[156]. En revanche, le découpage à l'îlot est abandonné par l'INSEE. Cet abandon de l'échelle micro-locale ne permet plus de visualiser les phénomènes à une échelle fine, l'IRIS (entre 1500 et 5000) habitants apparaissant bien souvent trop grossier, trop général pour analyser des contrastes socio-spatiaux.

Les données à l'IRIS de 1990, 1999 et 2006 constituent la base des données utilisées dans notre recherche : données démographiques concernant l'évolution de la population parisienne et de la population du 14ème arrondissement, données socio-économiques comme la répartition des catégories sociales, les revenus fiscaux, la date de construction des logements, la densité des commerces…

L'Atelier Parisien d'Urbanisme[157] est la deuxième institution majeure à Paris dans le domaine démographique : L'APUR cartographie l'ensemble des données de la Capitale. Il édite régulièrement des analyses aux différentes échelles, de l'îlot parisien à l'échelle de

---

[155] Les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage, maille de base de la diffusion de statistiques infra-communales, constitue une partition du territoire de ces communes en " quartiers " dont la population est de l'ordre de 2000 habitants. La France compte environ 16 100 IRIS dont 650 pour les DOM.

Par extension, afin de couvrir l'ensemble du territoire, on assimile à un IRIS chacune des communes non découpées en IRIS. Ce découpage a été élaboré en partenariat avec les interlocuteurs locaux, notamment les communes, selon des règles précises définies en concertation avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Il est construit à partir de critères géographiques et statistiques et, autant que possible, chaque IRIS doit être homogène du point de vue de l'habitat. Les IRIS offrent l'outil le plus élaboré à ce jour pour décrire la structure interne d'un peu plus de 1 800 grandes communes. » www.INSEE.fr

[156] www.INSEE.fr

[157] « L'Atelier parisien d'urbanisme (APUR) a été créé le 3 juillet 1967 par le Conseil de Paris. ll a pour missions d'étudier et d'analyser les évolutions urbaines et sociétales participant à la définition des politiques publiques d'aménagement et de développement, de contribuer à l'élaboration des orientations de la politique parisienne et notamment de ses documents d'urbanisme et de projets à l'échelle de Paris et de sa métropole. A cette fin, il observe et analyse les évolutions de Paris et de sa métropole, notamment à partir des données démographiques, économiques, sociales ou immobilières et peut engager des réflexions prospectives, élaborer des propositions d'actions, réaliser des études, effectuer des expertises ou encore contribuer à celles-ci. » http://www.apur.org/qu-est-ce-que-apur

l'agglomération. Les dernières cartes « à l'îlot » accessibles utilisent le recensement de 1999. Des parutions INSEE /APUR sont disponibles sur leurs sites respectifs.

L'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme (IAU) est également une source d'information, spécialisée pour la région Ile-de-France. Il met en ligne les « Notes rapides », document mensuel de synthèse de 4 à 8 pages ciblant des thèmes particuliers comme la santé des franciliens, la pauvreté… Ces analyses apportent un regard utile pour comprendre la manière dont notre objet de recherche s'insère dans une dynamique territoriale multiscalaire.

L'Institut National des Etudes Démographiques (INED) est également une source institutionnelle majeure dans le domaine de la géographie : ses publications apportent des analyses contribuant à la compréhension de notre objet.

D'autres organismes apportent des sources plus ciblées dans le domaine sanitaire ou médico-social. La Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et de la Statistique (DREES)[158], rattachée au Ministère du travail, de l'emploi et de la santé produit des statistiques et des analyses sur les prestations sociales des personnes âgées, la dépendance, l'offre de soins…[159]. Les sites internet des institutions sont nombreux et fournissent des informations, des rapports en ligne comme le ministère du développement durable (developpementdurable.gouv.fr), le ministère en charge des personnes âgées et des handicaps (solidarité.gouv.fr), le site de l'Agence Régionale de Santé (ars.gouv.fr). Les institutions parisiennes comme la Direction à l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé (DASES) ou le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) fournissent des informations sous forme de rapports et de synthèses. En 2004, la DASES a mené une étude dans les 14^{e} et 20^{e} arrondissements : cette étude *Reper'âge sur les 60 ans et plus,* a été menée à la suite de la canicule. Elle a constitué une base à l'élaboration du schéma gérontologique et du Plan canicule.

Le CASVP dispose de statistiques internes et a mis en ligne en 2010 sur le site de la Ville de Paris un rapport concernant « L'analyse des besoins sociaux en 2010 des personnes âgées ». Les sites de la CNAV, des CARSAT en région fournissent également des rapports, des synthèses d'une grande richesse.

[158] La DREES est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle fait partie du service statistique public. Sa mission est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html

[159] http://apaenquete.sante.gouv.fr/apaenq/indicateur.do

6.1.1.2 Les sources pluridisciplinaires

Notre démarche s'inscrit au cœur d'une recherche scientifique pluridisciplinaire : Santé publique, sociologie, urbanisme, gérontologie et géographie sociale demandent de notre part une ouverture d'esprit, sur les enquêtes et les études menées depuis les années 2000, qui nous permettent de forger des hypothèses pour mener à bien notre objet de recherche. Deux enquêtes ont été à l'origine de la conception de notre démarche, la première est une enquête pilote menée par l'Atelier Parisien de Santé Publique (Service de santé publique et d'Epidémiologie de l'Hôpital Bicêtre) « Vieillissement, qualité de vie et santé selon l'environnement social urbain : étude comparative Paris/New-York », dont l'objectif était de mener un analyse sur l'état de santé des personnes âgées en lien avec leur environnement social et leurs quartiers de résidence. Le stage effectué en Master 2 de géographie de la Santé au sein de l'unité 569 de l'INSERM, nous a permis d'en étudier les résultats et de mener à bien une étude sur le quartier Plaisance[160]. La deuxième enquête fut menée par le Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées »[161] dont les finalités étaient « *de mieux comprendre l'isolement et la solitude des personnes âgées, de contribuer à la prévention en apportant des éléments objectifs aux décideurs sur les attentes et besoins des personnes âgées et de leurs familles, et d'orienter et de préciser les adaptations nécessaires aux actions conduites par les réseaux associatifs* »[162] (Rapport, 2006). Ces deux enquêtes, l'une épidémiologique, l'autre sociologique, mirent l'accent sur la qualité de vie, la mobilité et les liens sociaux. D'autres enquêtes se centrèrent sur les besoins en matière de soins et d'accessibilité. L'étude de la ville du Luxembourg étudie en partie la sphère du cadre de vie pour appréhender le niveau de santé et le bien-être des personnes âgées par l'accessibilité des commerces de proximité, la perception du quartier avec le sentiment de sécurité et d'attachement (Philippe Gerber, 2005)[163]. Une dernière étude fut publiée en 2006 celle de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles « *Vivre chez soi après 65 ans, atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles* ». Cet atlas rassemble les informations concernant la

[160] Nader-Hallier, B. Aménagement du territoire et santé : les pratiques spatiales des personnes âgées en milieu urbain. Exemple du quartier Plaisance, Paris 14e arrondissement, mémoire de master 2, Université Paris X ,130 pages, soutenu en septembre 2006 .

[161] Collectif composé de La Croix Rouge, la Fédération de l'entraide protestante, Fonds social juif unifié, des Religieuses dans les professions de santé, du Secours Catholique/Caritas France, de l'Association des cités du Secours catholique, de la fédération Française de la société de Saint-Vincent-de-Paul, des petits frères des Pauvres.

[162] Rapport rédigé par A-C. Bensadon. L'échantillon était composé de 5000 personnes habitant des zones urbaines et rurales.

[163] Gerbert,P. Ville du Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : les principaux résultat de l'enquête, *Population et territoire*, n°6, juin 2005, 16 pages ; En ligne : www. http://www.ceps.lu/pdf/6/art1058.pdf

situation socio-sanitaire des personnes âgées bruxelloises et leurs besoins à l'échelle des communes et des unités statistiques locales. Ces études ont profondément marqué notre réflexion lors de l'élaboration en 2006 de l'objet de recherche : l'étude de l'INSERM a approché la notion de territoire et de quartier, mais n'a pas développé l'idée de perception et d'appropriation territoriale.

Les sites spécialisés dans le vieillissement sont autant de sources d'informations. Agevillage.com créé par de Annie de Vivie est « un magazine Internet d'information, soutient et conseille les personnes qui vieillissent, leurs familles, leur entourage »[164]. Ce site est devenu depuis 2006, une référence pour les familles et pour les professionnels. Ses newsletters donnent une information en temps réel, comme par exemple, la mise en ligne des rapports sur la dépendance, les débats, les conseils, les témoignages divers. Les ressources en lignes sont aujourd'hui précieuses : les sites du CAIRN, ERUDIT, donnent accès aux revues de sociologie, psychologie…Les colloques, congrès ou symposiums sont également des sources d'information sur l'actualité scientifique : il est impossible de les citer, nous n'évoquerons ici que les colloques auxquels nous avons assisté ou dont nous avons collecté les actes ou les communications : Rouen 2008, Lugano en 2008, Toulouse en 2009, Nice en 2010, Paris 2010 (territoires gérontologiques) ou encore les journées de la prévention de l'INPES en mai 2011.

Par l'intermédiaire des pages jaunes, des sites spécialisés, nous avons pu actualiser les structures dédiées aux personnes âgées dans le 14^{e} arrondissement.

6.2 UNE ENQUÊTE QUALITATIVE CENTRÉE SUR LES PRATIQUES SPATIALES ET LES BESOINS DES 75 ANS ET PLUS

6.2.1 La conception d'une démarche exploratoire

6.2.1.1 Une démarche qualitative

Si les enquêtes quantitatives sont privilégiées en géographie, les enquêtes qualitatives se développent depuis quelques années en géographie sociale, notamment dans l'étude des personnes à risques ou des minorités (H. Gumuchian, 2007). La géographie sociale s'est appuyée sur les apports des sciences sociales[165]. Dans son dernier ouvrage, « *Les murs invisibles, femmes, genre et géographie sociale* », Guy Di Méo relate les résultats d'une

[164] http://www.agevillage.com/article-701-1-Informations-Site-Agevillage.html
[165] Jodelet ou encore Lévy-Leboyer.

enquête qualitative dans laquelle il a utilisé plusieurs modes d'accès comme les connaissances proches, le principe de « boule de neige », et une sélection de lieux publics pour rentrer en contact avec les femmes, tout en ayant une discrétisation précise. Géraldine Molina souligne, lors du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative[166], que l'investissement du champ des représentations consiste à mettre en place une véritable démarche qualitative où « *s'articulent explicitement des problématiques et des concepts clefs pour construire des grilles de lecture mises en relation avec des techniques de recueil et d'analyse de données. […] La démarche qualitative, qui pousse à s'interroger sur les conditions de production de données, d'observations, de théories explicatives, donne la possibilité de mener une réflexion critique. Elle permet de mettre à jour les pratiques spécifiques à une configuration spatiale sans y projeter ses propres habitudes.* » (G. Molina *et al*, 2003, page 326). L'étude des pratiques spatiales et la représentation de son territoire de vie entre dans cette démarche. Dessiner son quartier n'est pas habituel, il faut un minimum de confiance pour le réaliser. C'est pourquoi il nous a semblé judicieux de prendre appui sur les lieux publics prisés par les personnes âgées. Notre démarche s'inscrit dans cette lignée, c'est-à-dire le fait de privilégier des quartiers d'habitation et de passer par un réseau pour mieux identifier les personnes à interroger.

Plusieurs éléments ont guidé notre discrétisation : le quartier d'habitation, avoir 75 ans et plus, être valide, ne pas avoir de troubles cognitifs, avoir une activité extérieure à son domicile (liée à la participation sociale), ne pas avoir une activité spécifique mais sortir de son domicile, habiter un logement indépendant (en tant que locataire ou propriétaire) ou bien une résidence-services. Le type d'habitat est un élément de sélection. En effet, en dehors du critère locataire ou propriétaire, il semblait important de visiter également les lieux de vie intermédiaires entre le chez soi et la maison de Retraite de type EHPAD. Les foyers logements ou résidences-services sont un bon intermédiaire car ils regroupent des personnes non dépendantes. Nous avons préféré cibler ceux gérés par le Centre d'Action Sociale, regroupant des personnes aux revenus proches du minimum vieillesse. Des établissements très coûteux comme « Les Espérides » existent dans le 14^{e} mais regroupent une population dont les revenus ne sont pas représentatifs. De plus, les populations des résidences-services reflètent davantage les populations fragiles dites « silencieuses » des HLM et HBM qu'il nous est difficile de contacter sans intermédiaire.

[166] Actes du colloque en ligne

6.2.1.2 Des quartiers d'habitation ciblés

Le 14e arrondissement est un véritable laboratoire urbain (chapitre 2) : ses caractéristiques nous ont permis d'identifier des territoires contrastés tant dans la répartition de la population, dans sa mixité mais également dans les disparités en termes d'aménagement de services de proximité. Un effet de quartier peut-il apparaître dans les pratiques spatiales du quotidien ? Nous n'avons pas voulu prendre le découpage des conseils de quartiers, qui sont davantage des découpages politiques et qui s'appuient sur les grands axes de l'arrondissement. Seules les données écologiques permettent d'identifier les différents quartiers sélectionnés : revenus par unité de consommation, pyramide des âges, taux de logements sociaux, taux de chômage, CSP permettent de donner une première typologie des territoires du 14e : la carte n°19, élaborée avec le logiciel Philcarto® permet, en utilisant une classification ascendante hiérarchique, d'identifier à l'IRIS les différents types de territoires. Ensuite, la prise en considération de la répartition des 75 ans et plus (Carte n° 13, page 79), de la répartition des moyens de transports et des services de proximité dans l'arrondissement conforte la sélection de quatre territoires ciblés. Cette analyse s'appuie sur les données du recensement 1999. Ces quartiers nous serviront alors de point d'appui pour l'enquête, l'objectif fixé étant de vingt à trente personnes par quartier sélectionné.

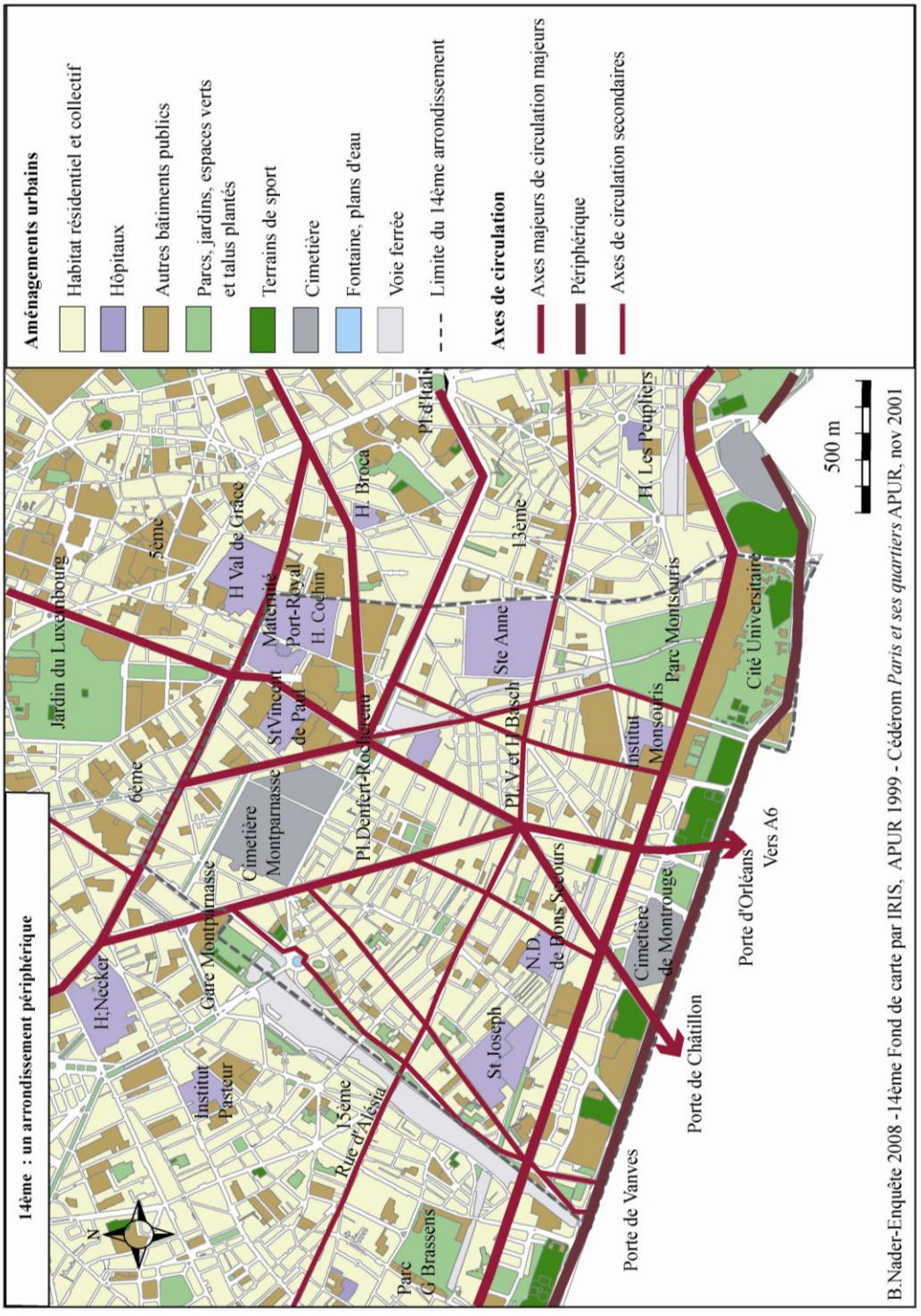
Le quartier Montparnasse est traversé par de grands axes, commerçant, dont la population est en majorité composée de cadres supérieurs, d'artisans et de retraités.

Le quartier Montsouris-Dareau / rue de la Tombe Issoire est un quartier mixte constitué d'actifs et de retraités avec des disparités de revenus entre les différents IRIS. Ce quartier se situe à mi-chemin entre l'avenue du Général Leclerc à l'Ouest et la place Coluche à l'Est dans le 13e, concentrant chacune les commerces de proximité.

Le quartier du Petit-Montrouge est traversé du nord au sud par l'avenue du Général Leclerc. Ce territoire concentre des professions intermédiaires. Les IRIS du Sud concentrent de nombreux fonctionnaires à la retraite dans les immeubles HLM de la Régie Immobilière de la Ville de Paris.

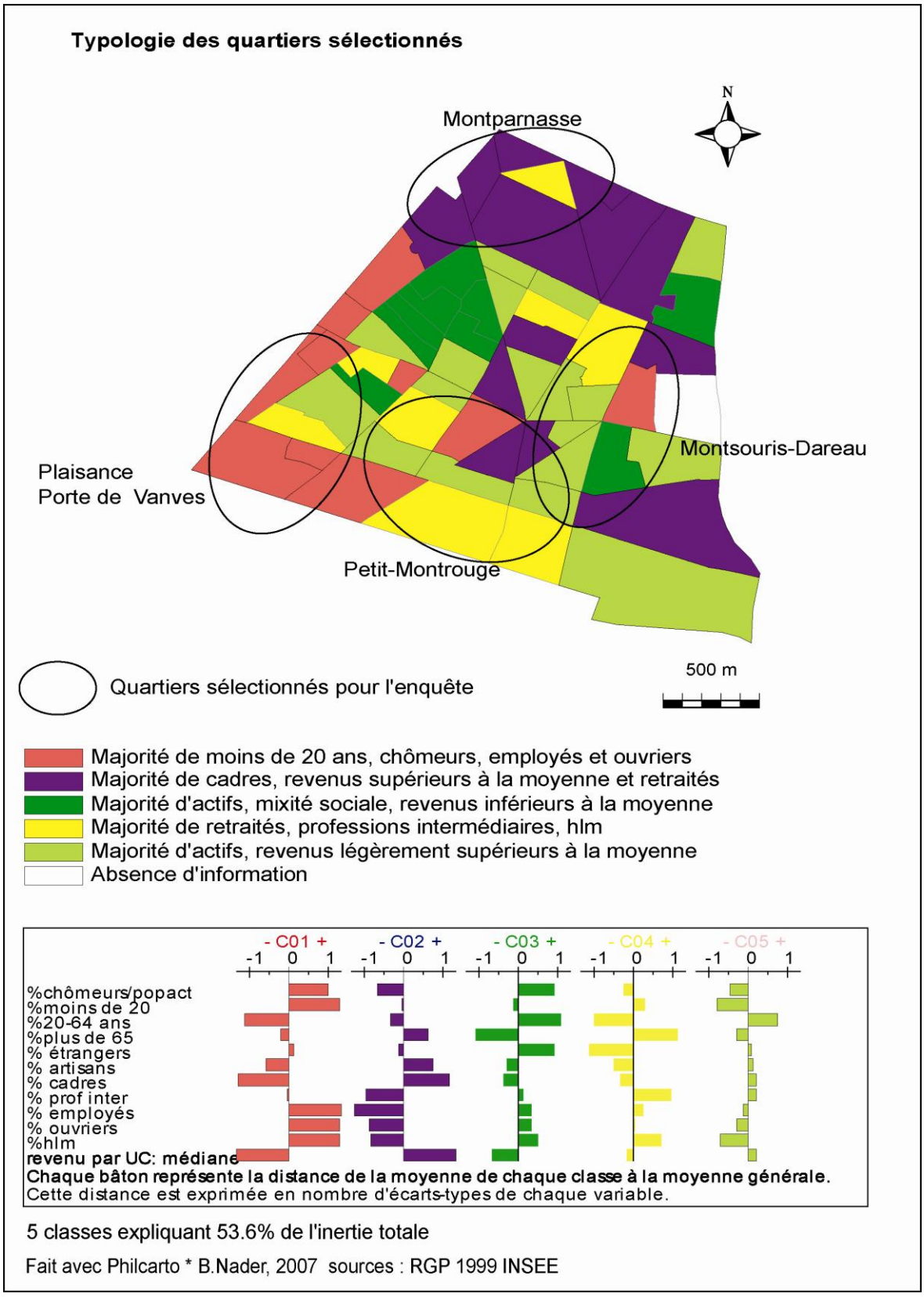
Enfin, le quartier de la porte de Vanves / Plaisance concentre des ouvriers, des employés, un taux de chômage de 12%, des revenus médians plus faibles que la moyenne de l'arrondissement. C'est aussi le quartier dont la part d'immigrés est la plus importante de l'arrondissement.

Carte n° 17 - Axes de circulation dans le 14ème arrondissement



Carte n° 18 - Plan des lignes de bus du 14e

Carte n° 19 - Disparités socio-spatiales à l'échelle de l'IRIS dans le 14e



6.2.1.3. Un partenariat avec les acteurs locaux

Les critères sélectionnés pour la confection de l'échantillon ainsi que les conditions matérielles nous ont conduit à privilégier un échantillon non probabiliste en privilégiant des modes d'accès aux personnes âgées de proche en proche et par des informateurs relais ou institutionnels (A . Blanchet, A. Gotman, 2006). La constitution d'un réseau fut essentielle dans la démarche pour d'une part s'appuyer sur des acteurs qui nous mettraient en relation avec des les aînés, et de l'autre, mener des entretiens avec les acteurs concernés par les thématiques du vieillissement (voir chapitre 4). Les démarches ont commencé dès 2007 auprès de la DASES qui proposa de relire le questionnaire et d'y insérer des questions portant sur les connaissances des aides et prestations du CASVP et l'aide accompagnée. (Cf. annexe 9) La deuxième phase consista à contacter le directeur du Centre d'Action Sociale du 14^{e} pour obtenir les autorisations d'enquêter dans les clubs et résidences-Services. Les résidents ont reçu des lettres les informant de l'enquête. Les enquêtes dans les résidences furent relativement ciblées dans le temps. En revanche, l'enquête dans les clubs et à la Maison ouverte dura plus longtemps car il fut nécessaire de se faire connaître pour pouvoir commencer les entretiens. Les animatrices ont été des relais essentiels auprès des personnes âgées pour les mettre en confiance. Nous avons donc passé de nombreuses heures à discuter, prendre un goûter, avant de pouvoir commencer réellement à prendre des rendez-vous. Il en a été de même au club Tricot de la paroisse de Saint-Pierre de Montrouge. Parallèlement nous nous sommes mis en contact avec le Point Paris Emeraude et son Comité de retraitées bénévoles dont certaines ont accepté de répondre à nos questions. Les contacts avec les élus furent plus longs à obtenir car nous avons commencé notre démarche en 2007, l'année de la campagne électorale des présidentielles et ensuite en 2008, lors de la campagne électorale des municipales. Les contacts se sont véritablement affirmés lors de l'installation de la nouvelle équipe municipale qui s'est révélée très à l'écoute de notre démarche.

La troisième phase consista à contacter les conseils de quartier et à présenter l'enquête dans les conseils des quartiers sélectionnés. Pour minimiser le biais de sélection de l'échantillon, nous avons également contacté des professionnels de santé pour qu'ils soient des relais de l'enquête : podologues, kinésithérapeutes, ostéopathes.

Une lettre fut d'abord envoyée dans les cabinets médicaux des différents quartiers ciblés. Par la suite, un contact téléphonique permit de cibler les professionnels acceptant d'être un relais auprès de leurs patients (cf. annexe 10).

Des entretiens avec Madame Ménildrey, responsable du bureau des loisirs du CASVP, avec la directrice de cabinet de Mme Capelle, élue aux personnes âgées de la Ville de Paris, ou encore le bureau des temps de la Ville de Paris, se sont également déroulés entre 2008 et 2010. (cf. annexe 11)

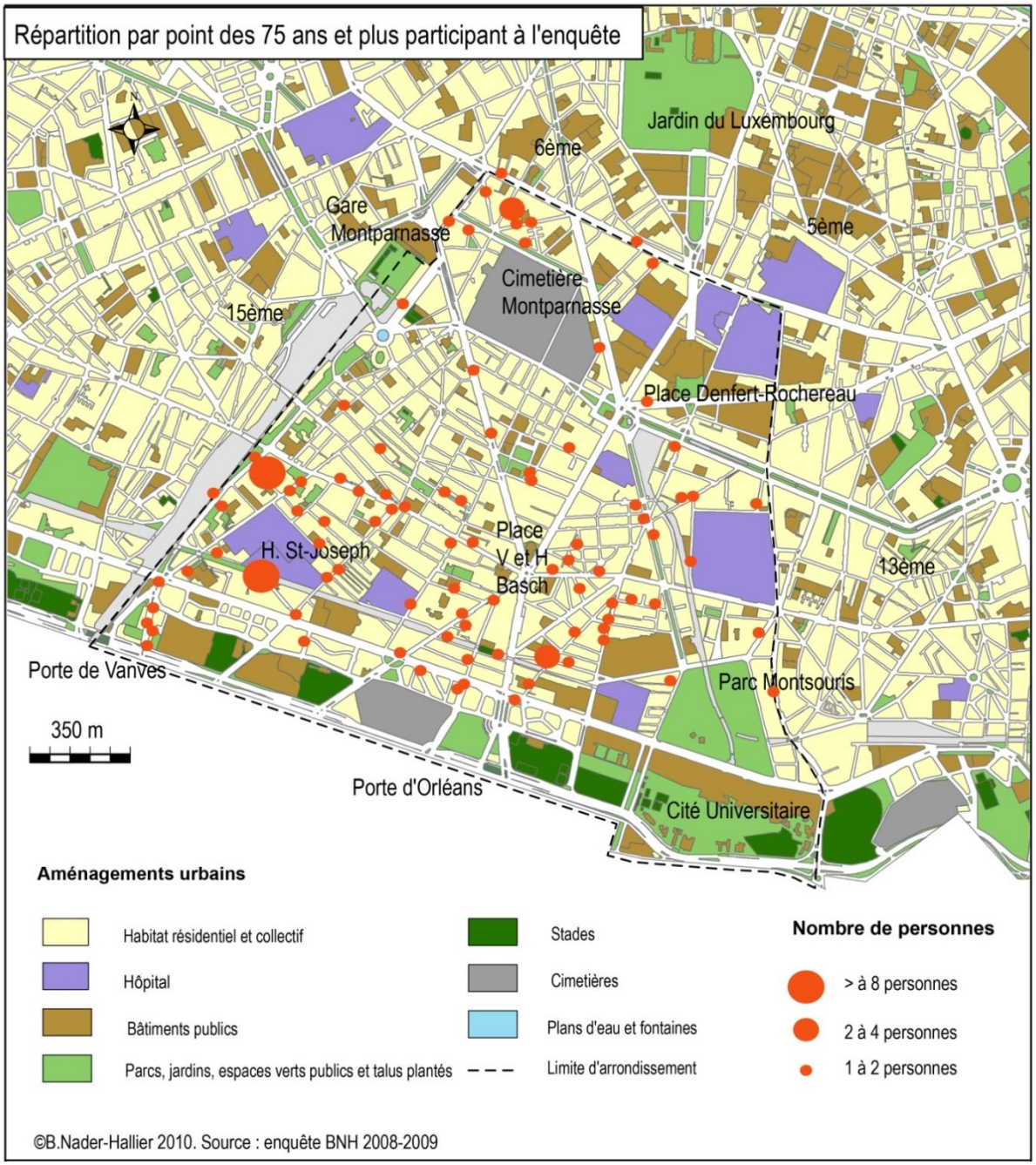
Une difficulté est très vite apparue : certaines personnes ne désiraient pas passer de temps en entretien mais préféraient répondre à leur domicile et renvoyer le questionnaire par correspondance. Ce choix n'est pas sans conséquence : il fallait d'abord que les questionnaires en entretien ou bien à domicile soient exactement formulés à l'identique. Cela posait ensuite un problème pour les cartes mentales : il fallait en effet une même consigne pour tous. Ce choix méthodologique nous amène donc à devoir distinguer deux échantillons dans les résultats, l'un « en entretien », l'autre « à domicile » et de comparer l'ensemble des réponses en particulier dans l'analyse des cartes mentales pour prendre en considération le biais de sélection évident.

6.2 L'ENQUÊTE BESOINS ET DÉPLACEMENTS DANS LE 14E

6.2.1 L'échantillon

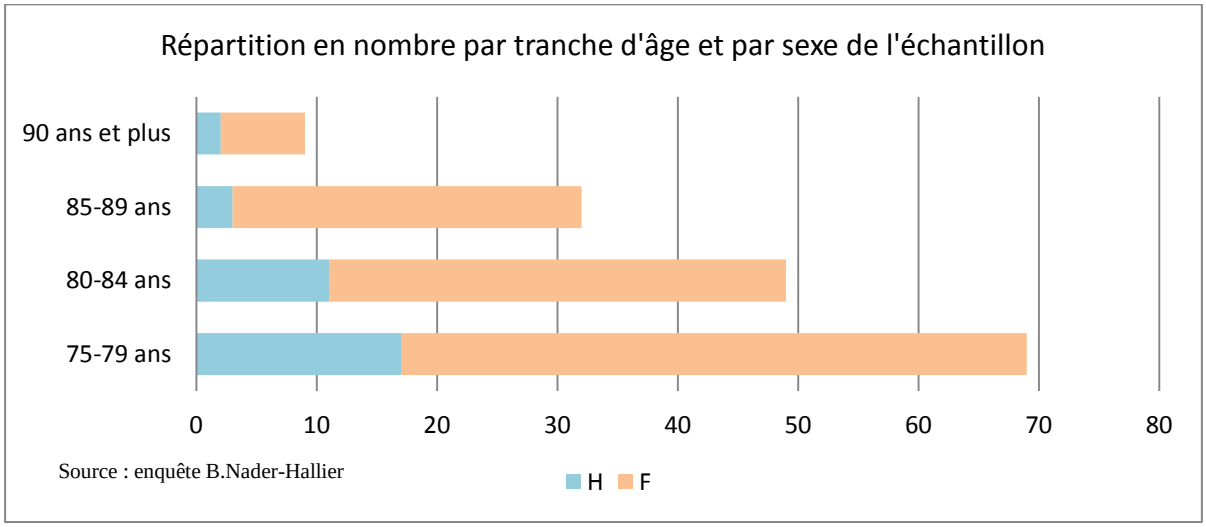
L'échantillon est constitué de 158 personnes dont 79,1% sont des femmes et 21,9% sont des hommes âgés, entre 75 et 102 ans (dans l'arrondissement, les proportions hommes/femmes sont respectivement de 32% et 68%.). Les 75-79 ans représentent 43% de l'échantillon, les 80-84 ans 32%, les 85-89 ans 18,9% et les 90 ans et plus 5,5%. (Graphique n° 7)

Carte n° 20- Localisation des personnes interrogées



La Carte n° 20 localise à l'adresse les personnes ayant répondu à l'enquête. La majorité d'entre-elles est localisée dans les quatre quartiers sélectionnés. Les quelques personnes habitant à l'extérieur sont rassemblées dans l'analyse sous le groupe « Autre ». (Graphique n° 8)

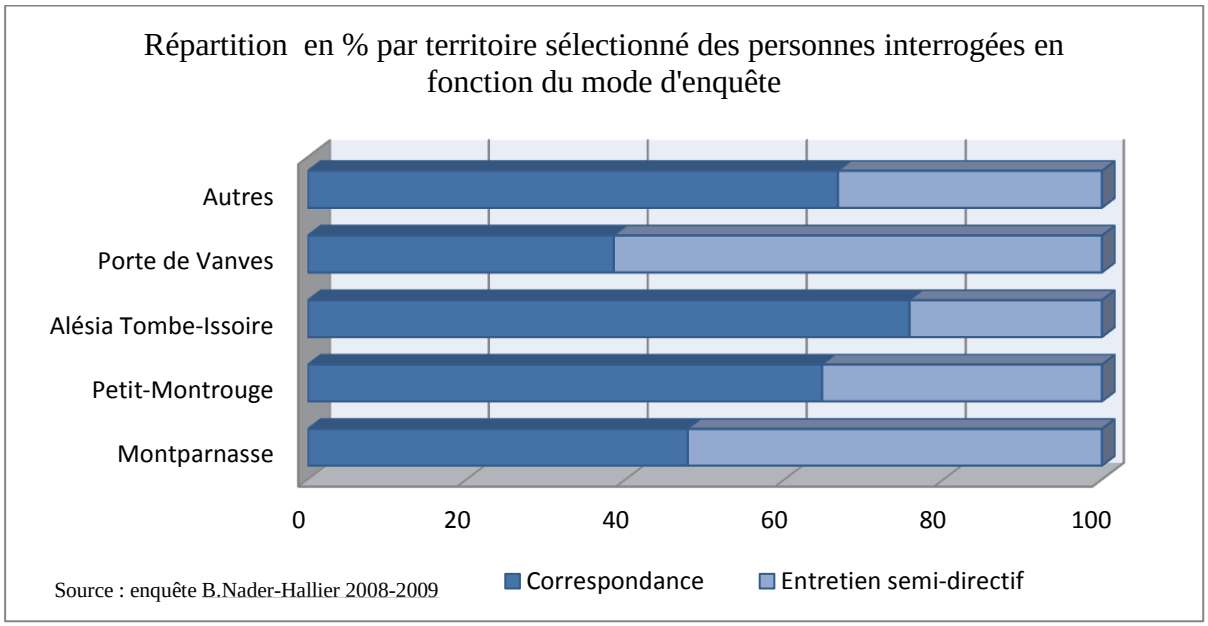
Graphique n° 7 - Répartition en nombre par tranche d'âge et pas sexe de l'échantillon



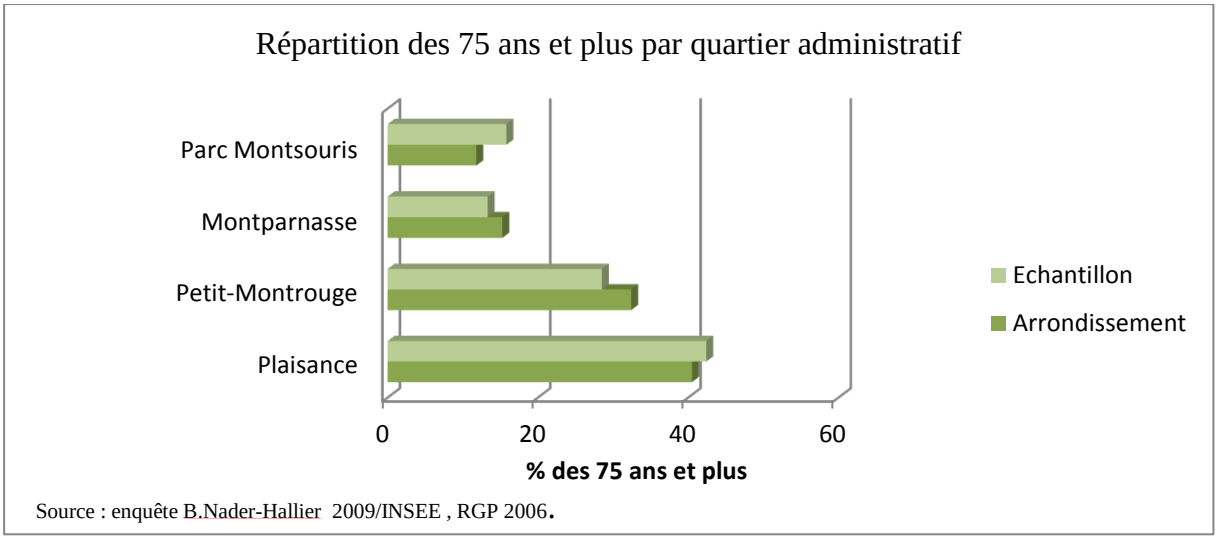
Les deux modes d'enquête permettent de différencier deux sous-populations spécifiques, l'une ayant répondu en entretien (55.9%), l'autre en auto-administration (44,1%) afin de limiter les biais induits par ce choix méthodologique. Leur répartition géographique suit la répartition des 75 ans et plus de l'arrondissement : le quartier de la Porte de Vanves et du sud du Petit-Montrouge concentrent à eux deux plus de 60% des 75 ans et plus de l'arrondissement.

Les entretiens sont plus nombreux dans le quartier de la Porte de Vanves du fait de la présence de deux résidences-services mais également de la présence de deux clubs séniors dont le rayonnement s'étend sur l'ensemble de l'arrondissement.

Graphique n° 8- Répartition de l'échantillon par quartier



Graphique n° 9 - Répartition des 75 ans et plus par quartier administratif

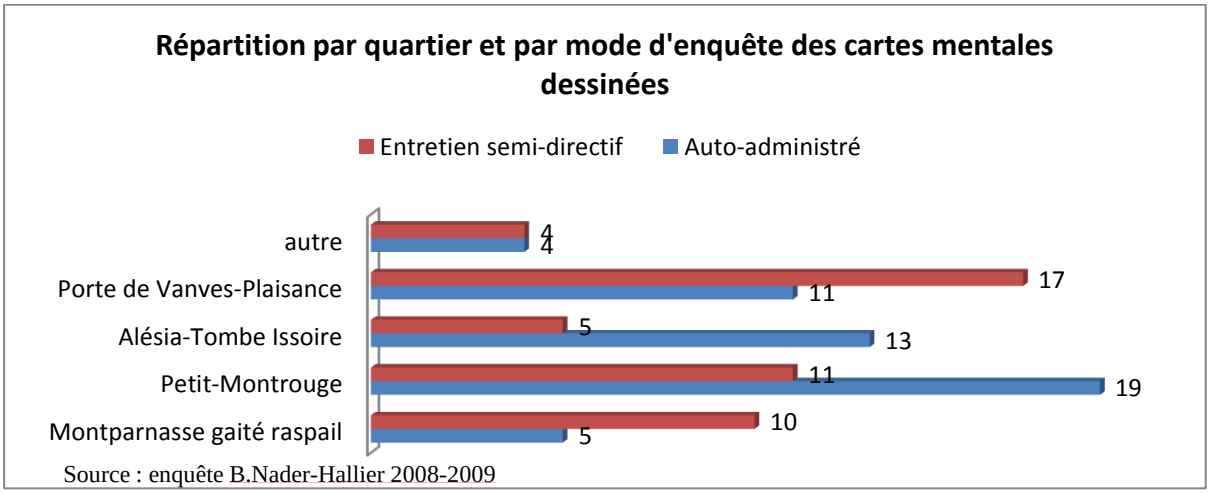


32 personnes habitant en résidences du CASVP ont participé à l'enquête : 15 en résidences-appartement réparties entre la résidence des Artistes à Montparnasse et la résidence Ridder dans le quartier Plaisance, 17 habitants dans les résidences–services des Arbustes à la Porte de Vanves et dans la Résidence Beaunier du quartier du Petit-Montrouge. Ces 32 personnes représentent aussi une sous-population spécifique qu'il faudra différencier des personnes habitant à domicile, qu'elles soient propriétaires ou locataires de leur appartement. Cette sous-population est pertinente car elle représente une catégorie de personnes aux revenus modestes, plus isolées que les personnes habitant à domicile.

L'entretien dura une heure en moyenne avec parfois un questionnaire rempli à la maison et complété par l'entretien. Certaines personnes ont refusé l'entretien car leur emploi du temps ne leur permettait pas de nous consacrer du temps ou étaient très méfiantes et ne désiraient pas évoquer leur vie. Les envois par courrier ont souvent été accompagnés d'une lettre de remerciement ou d'encouragement: «*Merci Madame de vous préoccuper de nous*». Une seule personne a répondu au questionnaire et montré son mécontentement en estimant que celui-ci infantilisait les personnes âgées.

Un problème se pose dans la fiabilité des données entre les entretiens et les réponses par correspondance, non pour les questions « fermées » qui permettent de cibler la personne, mais pour les questions « ouvertes » dites qualitatives et surtout pour la carte mentale. La comparaison du degré de détail montre que les questionnaires réalisés, en solitaire à la maison, sont parfois plus détaillés que lors des entretiens en face à face. Les cartes mentales sont plus nombreuses en entretien. Globalement les questionnaires remplis à la maison sont plus précis et détaillés.

Graphique n° 10 - Répartition par quartier d'habitation et par mode d'enquête des cartes mentales dessinées par les 75 ans et plus



Source : enquête B.Nader-Hallier 2008-2009

6.2.2 Des analyses ciblées portant sur cinq axes majeurs

Les chapitres 3 et 5 nous éclairent sur les déterminants à considérer pour comprendre les logiques spatiales des aînés au sein de leur territoire de vie. Le questionnaire se répartit en cinq thèmes : les déterminants socio-économiques, la santé perçue, les liens sociaux (familiaux, amicaux et la participation sociale), la perception du territoire et les déplacements.

Le logiciel MODALISA permet de réaliser des tris à plat pour l'ensemble des questions. Il permet également de sélectionner des sous-populations pour analyser les réponses.

Les tris croisés s'effectuent par des tableaux à deux entrées, représentant pour chaque case les effectifs correspondant aux modalités croisées des deux variables pour lesquelles le logiciel propose le calcul du KHI2 mais également le Pourcentage de l'Ecart Maximum, particularité de MODALISA. Le PEM est élaboré par P. Cibois[167]

« *Le pourcentage du PEM global sert d'indice pour estimer la force de la liaison entre deux variables, au même titre que le Khi2 total. Si le PEM global est nul, on est dans le cas d'une indépendance entre les deux variables ; il peut être égal à 100, si on croise une question avec elle-même. L'avantage du PEM global sur le Khi2 est qu'il est peu sensible aux variations d'effectifs. L'utilisation du PEM global est intéressante au moment de l'analyse des variables discriminantes et des tris croisés : les PEM globaux significatifs permettant de repérer les variables pour lesquelles il existe des attractions.* » [168]

18. Revenus / 133. sentiment de sécurité

Khi2=6,3 ddl=4 p=0,177 (Val. théoriques < 5 = 4)

Tableau n° 5 - Exemple d'un tableau d'un tri croisé

	oui		non		moyennement		Total	
	Eff.	PEM	Eff.	PEM	Eff.	PEM	Eff.	PEM
Vous ête à l'aise et vous ne faite pas attention	15				1		16	
Vous êtes à l'aise mais vous faites attention	86		3		11		100	
Vous avez des difficultés /Autre réponse	29		6	48%	4		39	
Total	130		9		16		155	

Ainsi les PEM permettent-ils d'établir des attractions entre deux variables. Dans l'exemple suivant, le khi2 ne permet pas d'établir une liaison entre les deux variables, en revanche le PEM met en évidence une attraction entre le fait d'avoir des difficultés et le fait de ne pas se sentir en sécurité.

Le logiciel permet également de mettre en place un profil de modalité permettant pour une variable de référence de mettre en valeur les écarts à l'indépendance avec les autres variables.

« Cette fonction affiche l'ensemble des écarts à l'indépendance, Khi2 par case et PEM pour chaque modalité d'une variable logique. Aux seuils minimaux choisis (par défaut, 5 pour l'écart à l'indépendance, 1 pour le Khi2 par case), le Profil de modalité affiche les écarts à

[167] En Ligne : http://www.modalisa.com/pdf/CiboisPEM.pdf

[168] Ressources en ligne du logiciel MODALISA : http://www.modalisa.com/Lexique/Pemglobal.html

l'indépendance significatifs entre les modalités d'une variable de référence et les modalités des autres variables sélectionnées. La lecture des attractions entre modalités se fait toujours au regard de l'ensemble des variables. Le profil de modalité est très utile lorsque sont créées des typologies à partir d'AFC ou d'ACP. Les typologies sont alors transformées en variable unique, il est ensuite possible de déterminer les profils de modalité pour chaque type. »

www.modalisa.fr

L'étude des cartes mentales et la constitution d'un indice d'appropriation territoriale nous amènent à pratiquer deux types d'analyse statistique : AFC et CAH.

L'Analyse Factorielle des Correspondances est une technique d'analyse statistique d'un ou plusieurs tableaux de contingences, permettant une représentation graphique des attractions et des distances entre les modalités de variables choisies. Le logiciel établit un graphique dans lequel les liens entre variables sont signalés graphiquement par une ligne reliant les deux modalités dont les attractions sont les plus significatives. Cette analyse permet, pour un grand nombre de variables qualitatives, d'établir les liens entre elles et, en calculant les coordonnées des individus, de les placer sur les axes factoriels. Le logiciel propose ensuite de calculer les centres mobiles et une classification ascendante hiérarchique indicée pour établir une typologie qui rassemble les individus qui se ressemblent le plus.

6.2.3 Proposition d'un indice d'appropriation territoriale

Les cinq thèmes étudiés dans l'enquête constituent l'ensemble des facteurs qui entrant dans l'appropriation de l'espace d'un individu, quel que soit son âge. Pour mieux comprendre la façon dont les facteurs interviennent pour chaque individu, nous avons constitué une grille d'analyse permettant d'établir des scores pour chaque thème. Le thème de la santé perçue comporte 4 questions portant sur la perception de la santé comparée aux personnes du même âge, les problèmes de vue, d'ouïe et de marche. L'ensemble des réponses sont codées de 0 à 2. La somme est établie pour chaque individu. Par la suite, une discrétisation en 4 classes permet de coder le score allant de 1 à 4. Ce procédé est alors appliqué pour les réponses portant sur les liens sociaux, la mobilité, la perception du territoire et les déterminants socio-économiques. Ces scores donnent des indications sur l'échantillon, notamment sur les personnes qui ont des scores faibles ou assez-bons, qui constituent les personnes potentiellement « fragiles » et pour qui l'étude de l'appropriation du territoire prend tout son sens. Ces scores nous permettront dans le chapitre 7 de conclure pour chaque groupe de déterminants.

La constitution de l'indice reprend ces scores en y ajoutant un score pour l'âge (4 pour les 75 -79 ans, et 1 pour les 90 ans et plus). Les 6 scores font ensuite l'objet d'une classification ascendante hiérarchique élaborée avec XLSTAT pour regrouper les individus qui se ressemblent le plus. Il s'agit d'une classification utilisant la dissimilarité entre les individus, la méthode d'agrégation de Ward. Les variables sont centrées et réduites pour aboutir à une troncature en 4 classes. Ainsi quatre types d'appropriation du territoire apparaissent, fonction des mobilités, de la perception du territoire de vie, de la santé, des conditions socio-économiques et de l'âge. XLSTAT affiche le dendrogramme qui correspond au regroupement des individus. Le tableau des barycentres nous donne des indications sur le « poids » des variables en fonction des classes.

Tableau n° 6 - Tableau des Barycentres des scores

Classe	Age	Score Socio-Economique	Score Perception de la santé	Perception Du territoire	liens sociaux	Mobilité
1	3,313	3,688	3,313	3,313	3,188	3,875
2	3,800	2,343	3,229	3,457	3,114	2,943
3	2,339	2,475	3,237	3,068	2,271	2,424
4	3,375	1,875	1,938	1,906	2,313	2,156

1= Solide ; 2=Bonne ; 3= Assez-bonne ; 4=Fragile

Les résultats par classe donnent les variances intra-classes, le nombre d'individus et leur positionnement.

Tableau n° 7 - Résultats par classe

Classe	**1**	**2**	**3**	**4**
Objets	39	55	32	32
Somme des poids	39	55	32	32
Variance intra-classe	2,640	3,509	3,754	3,915
Distance minimale au barycentre	0,970	0,977	0,548	1,207
Distance moyenne au barycentre	1,570	1,803	1,852	1,912
Distance maximale au barycentre	2,443	2,922	2,690	2,982

Un profil de modalité est ensuite lancé dans MODALISA afin de mieux saisir les attractions entre les différentes variables des différents scores prises une à une.

6.3. LA CARTOGRAPHIE, SUPPORT DE L'ANALYSE SPATIALE

6.3.1. Les cartes en oursins à l'échelle de l'îlot

Les déplacements des personnes âgées sont cartographiés en utilisant des « oursins ». Ce procédé est réalisé avec le logiciel Philcarto. Les lieux ne sont pas géolocalisés mais sont localisés à l'IRIS. Les déplacements sont classés en thèmes. Le logiciel permet de différencier les thèmes en leur affectant des numéros de 1 à 7 colorisés par le logiciel. Le premier travail consiste à compléter un tableau Excel dans lequel on distinguera l'îlot correspondant au domicile, les îlots vers lesquels se dirigent les flèches et les catégories de déplacement. Le logiciel cartographie alors un « oursin » en exploitant un fond de carte avec centroïde pour lui permettre d'établir les liens entre les îlots. La carte est ensuite reprise avec le logiciel d'infographie Adobe Illustrator pour superposer les « oursins » sur le fond de carte souhaité.

Les fonds de cartes de l'APUR nous ont permis, grâce au système d'information géographique Mapinfo, de superposer les îlots et les différentes informations telles que le bâti, les équipements et les voies ferrées. Nous n'avons malheureusement pas eu la faculté d'utiliser Mapinfo pour la réalisation des « oursins ».

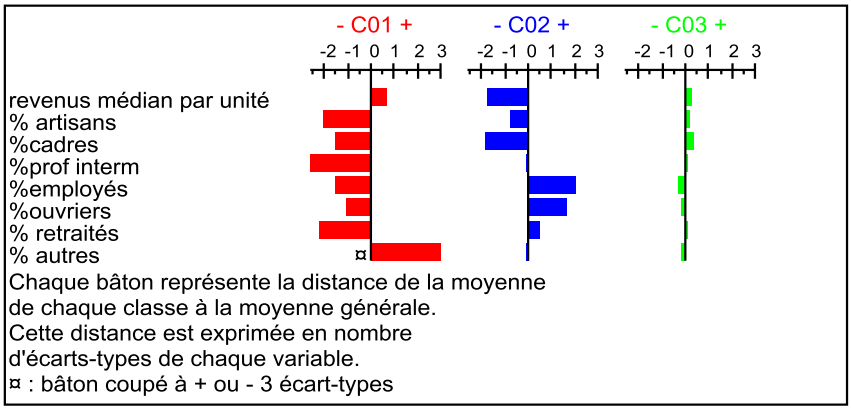
6.3.2 Les planches

Les planches permettent d'associer le territoire de vie de la personne interrogée, délimité par ses pratiques spatiales, à sa représentation mentale sous forme de carte mentale. Une photographie vient illustrer le quartier ou un aspect particulier tel qu'une place dangereuse ou au contraire la convivialité du territoire. Un texte court donne quelques explications sur la plus ou moins grande appropriation du territoire de la personne, ainsi que sa perception de l'environnement. L'ensemble des planches forment le tome 2 permettant de mieux se repérer dans les exemples donnés par la suite. Un tableau synthétique récapitule pour chaque personne les différentes réponses sous forme de scores constituant ainsi un sommaire des planches (cf. tome 2).

6.3.3 Les cartes thématiques

Les cartes thématiques, concernant la répartition des 80 ans et plus, la répartition du revenu médian des Parisiens, sont réalisées sous Philcarto avec une discrétisation par quartiles. Philcarto permet de réaliser des analyses factorielles de type Classification Ascendante Hiérarchique ou des analyse en composante principale. Une analyse factorielle permet d'associer plusieurs types de données sur des unités spatiales. Le logiciel produit un arbre de classification hiérarchique. En fonction du nombre de classes choisies, la légende est constituée par des histogrammes, dans lesquels chaque barre exprime la distance en écart-type à la moyenne de l'échantillon des données. Dans l'exemple ci-dessous, la classe 2 (en bleu) représente une population d'employés et d'ouvriers majoritaire de plus de deux écarts-type à la moyenne.

Graphique n° 11- Exemple d'une classification ascendante hiérarchique sous Philcarto



CONCLUSION

Dans un premier temps, notre réflexion s'est portée sur la conception d'une méthode d'analyse des déterminants influençant les mobilités des aînés. Dans un second temps, elle s'est portée sur la représentation cartographique de leurs territoires de vie sous la forme de cartes mentales. Nos contraintes d'enquête ont fait avancer notre réflexion sur l'échantillonnage. La comparaison des deux sous-populations permet en effet une réflexion scientifique sur les conditions d'utilisation des cartes mentales, en entretien ou par correspondance. La création d'un indice d'appropriation territoriale est l'aboutissement de notre réflexion.

CHAPITRE 7
APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE LA TERRITORIALISATION DES AÎNÉS

INTRODUCTION

L'enquête qualitative « *Déplacements et besoins des personnes âgées de 75 ans et plus dans le 14e arrondissement* » a pour objectif d'identifier les déterminants de l'appropriation du territoire de vie et les dynamiques territoriales des aînés. Ce chapitre présente les résultats de l'enquête. Nous aborderons dans un premier temps les déterminants socio-économiques et sanitaires, déterminants majeurs pour la compréhension de la mobilité et de la qualité de vie des aînés. Nous nous attacherons ensuite à comprendre comment les aînés perçoivent leur espace vécu et se le représentent à travers l'analyse des cartes mentales.

7.1 LES DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SANITAIRES DES 75 ANS ET PLUS

7.1.1. La perception du niveau de vie

Selon l'INSEE, le niveau de vie d'un ménage s'identifie par les revenus (pensions) et par le patrimoine foncier. Nous avons posé deux questions pour évaluer la perception du niveau de vie, l'une portant sur le statut du logement, l'autre portant sur la perception des revenus (en termes de satisfaction).

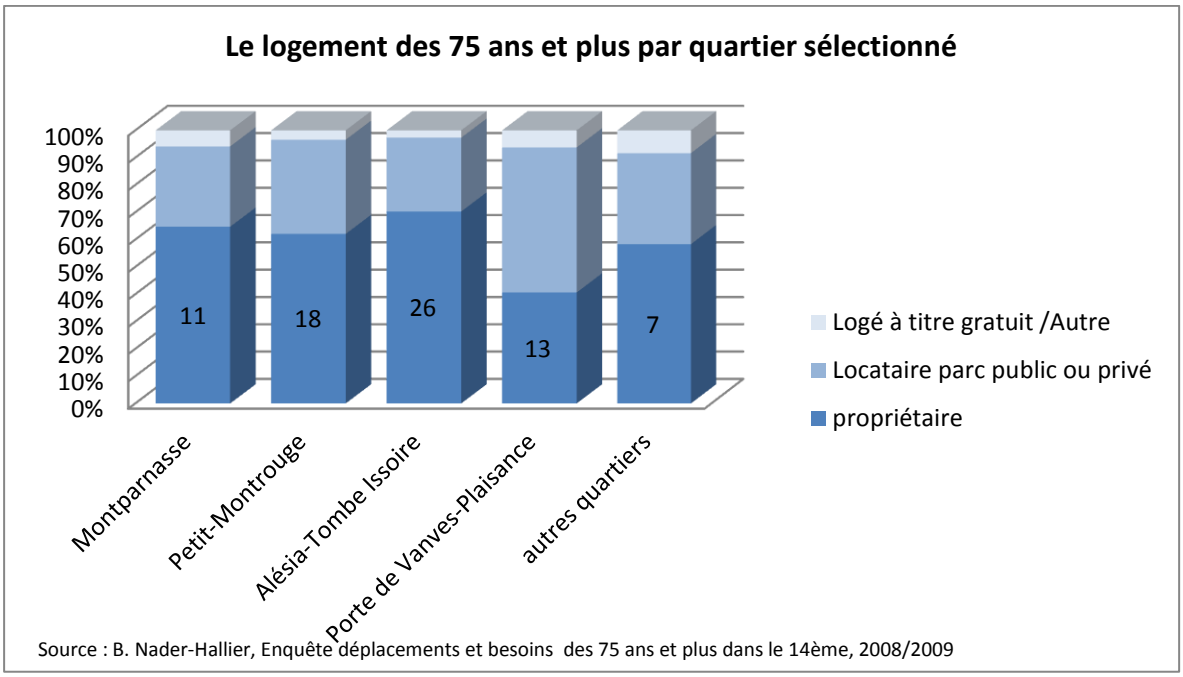
Sur l'ensemble de l'échantillon, 47,2% sont propriétaires, 49,1% sont locataires et 3,7% sont logés à titre gratuit. On retrouve dans notre échantillon une proportion identique aux statuts d'occupation du logement des 75 ans et plus dans l'arrondissement[169]. La répartition par quartier (Graphique n° 12) met en exergue les grandes disparités spatiales de l'arrondissement : dans le quartier de la Porte de Vanves, 77% des 75 ans et plus sont locataires qu'ils habitent en résidences-services ou dans le parc locatif public ou privé[170] ; le quartier Alésia - rue de la Tombe Issoire regroupe quant à lui une majorité de propriétaires (70,1%). Une seule personne

[169] INSEE(2011), Paris résiste au vieillissement, *INSEE PREMIERE*, février 2011

[170] Dans le recensement de 2007, la part des résidences principales occupées par les propriétaires est de 25, 3% celles des résidences principales occupées par des locataires est de 70.2% dans le quartier administratif Plaisance

a évoqué un viager[171]. Les célibataires se retrouvent davantage en résidences-services (p>0,006). La part des propriétaires est plus élevée chez les personnes ayant répondu par correspondance (57,3%), celle des locataires est plus élevée chez les personnes vues en entretien (62.3%) (p>0,012). La part des propriétaires est plus élevée dans les quartiers Montparnasse et Alésia-Tombe Issoire, celle des locataires dans le quartier Porte de Vanves-Plaisance

Graphique n° 12 - Statut d'occupation du logement des 75 ans et plus par quartier



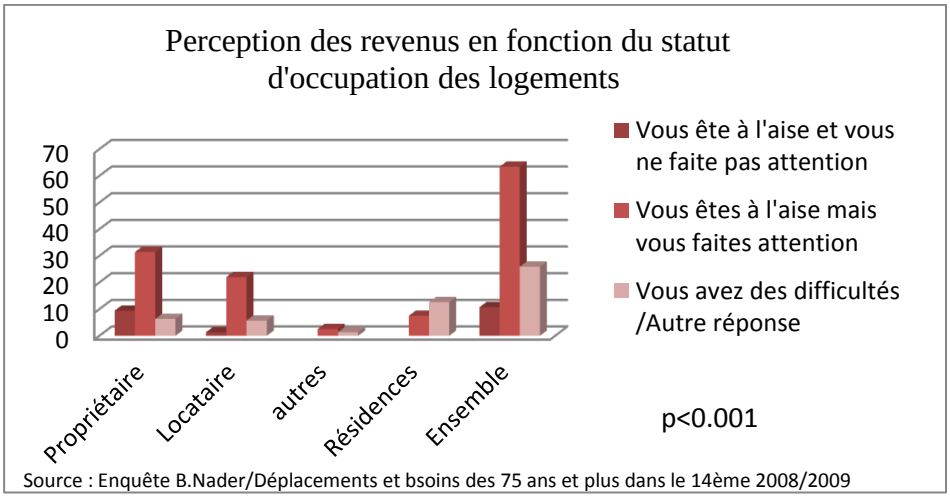
Source : B. Nader-Hallier, Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème, 2008/2009

Ces contrastes se repèrent aussi dans la perception des revenus (Graphique n° 14) : sur l'ensemble de l'échantillon, 10,7% estiment être à l'aise et ne pas faire attention, 63,5% estiment être à l'aise mais devoir faire attention, 8,2% s'estiment en difficulté et 17,6% s'estiment dans une position inconfortable entre le « devoir faire attention » et « être en difficulté » : ainsi pouvons-nous considérer que 25% de l'échantillon connaît des difficultés financières. Celles qui s'estiment en difficulté habitent dans les résidences services et touchent le Minimum Vieillesse. Si le montant de la pension n'était pas demandé, certaines personnes ont tenu à évoquer leurs faibles revenus et ont détaillé les difficultés au quotidien : les loyers de la Résidence sont bas mais représentent une part considérable. Irma, 78 ans,

[171] « *Réglementé par les articles 1964 à 1983 du Code civil ainsi que par la loi du 29 mars 1949, le contrat de vente en viager est un contrat écrit de vente par lequel un individu, appelé crédirentier, échange un bien immobilier ou mobilier ou un capital, contre une rente que lui devra jusqu'à sa mort un individu apppelé débirentier. La vente en viager de son appartement ou de sa maison permet à une personne âgée d'augmenter ses ressources de façon significative tout en restant dans son logement* » (F. Drosso, 2006)

évoque volontiers les fins de mois difficiles « *Depuis que le miminum vieillesse a augmenté, je ne peux plus avoir la CMU, et je n'ai pas les moyens d'avoir une mutuelle donc je ne peux pas me payer ma prothèse pour ma main, je souffre de polyarthrite* ». (Irma souhaite se procurer une orthèse pour sa main). 5% des personnes en difficultés financières sont propriétaires (Graphique n° 13). Les 10,7% qui estiment avoir des revenus confortables disposent d'une double résidence, en province, où elles vivent durant la période estivale. Ces situations opposées sont emblématiques de la mixité sociale de l'arrondissement également visible au grand âge. La perception des revenus par quartier illustre le différentiel existant entre le quartier de la Porte de Vanves - où les difficultés financières sont davantage exprimées - et le quartier Alésia - rue de la Tombe Issoire, où la part des personnes estimant ne pas devoir faire attention est nettement supérieure à celle des autres quartiers (plus de 2 points).

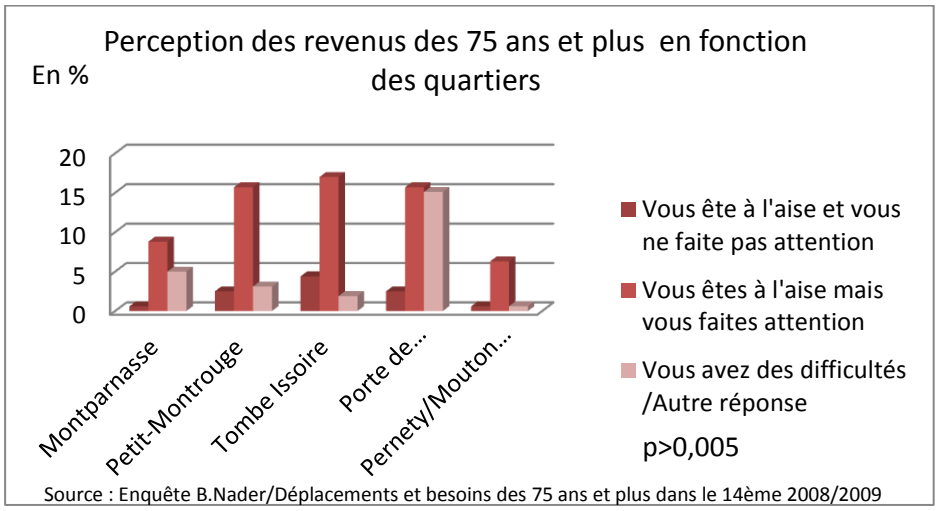
Graphique n° 13 - Perception des revenus en fonction du statut d'occupation du logement



Source : Enquête B.Nader/Déplacements et bsoins des 75 ans et plus dans le 14ème 2008/2009

En croisant les mêmes données sans les résidences-services, le tri croisé fait apparaître dans le quartier de la porte de Vanves des difficultés chez les locataires (PEM 30%).

Graphique n° 14 - Perception des revenus des 75 ans et plus en fonction des quartiers



Source : Enquête B.Nader/Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème 2008/2009

Des difficultés sont évoquées chez les célibataires locataires dans le parc privé où le poids des loyers est considérable par rapport aux revenus. Certaines difficultés sont également perçues par des femmes, veuves, propriétaires, dont la pension de réversion du mari décédé ne suffit pas à payer les charges de la copropriété et le tout-venant : il s'agit de femmes de commerçants ou d'artisans qui ont travaillé mais n'ont jamais cotisé, n'ayant pas été déclarées par leur mari. Propriétaires de leur appartement, elles ne peuvent pas bénéficier d'une aide sociale. Si ces personnes ne représentent qu'une petite frange de notre échantillon, ce cas de figure renvoie à une situation bien plus importante en France [172].

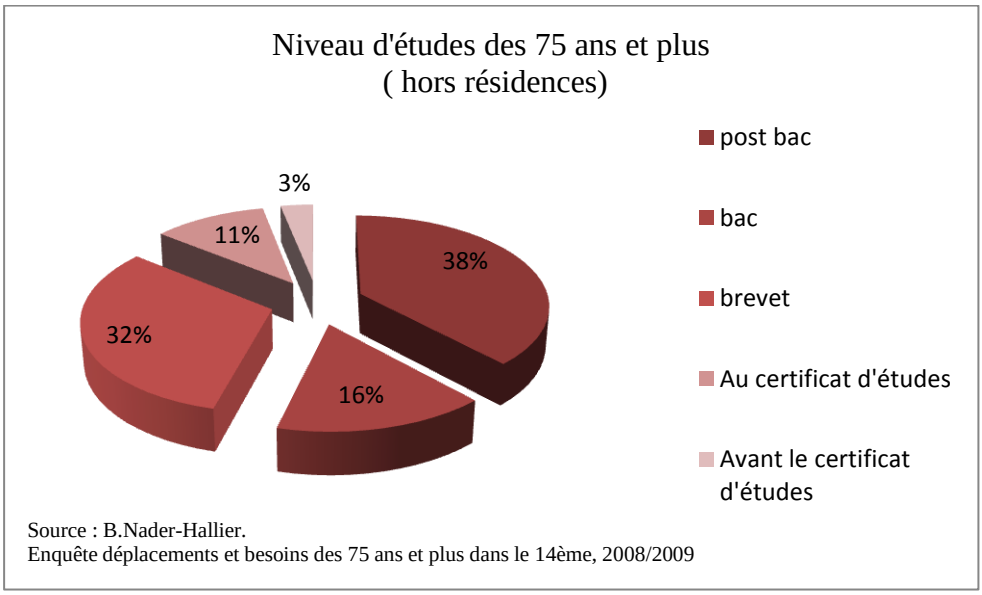
7.1.2 Le niveau scolaire

Le niveau d'étude est particulièrement élevé comparé aux générations concernées (Chapitre 2) : sur l'ensemble de l'échantillon, 46,2% est titulaire du baccalauréat et au delà. Les personnes ayant répondu par correspondance sont plus diplômées.

Les personnes habitant dans les résidences-services ou les résidences-appartements sont les moins diplômées : 58% d'entre-elles disposent au maximum du certificat d'études (Graphique n° 16).

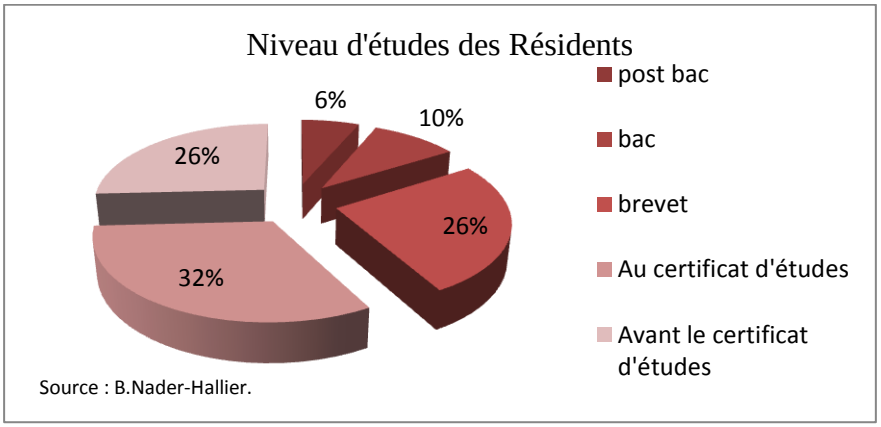
[172] http://www.senat.fr/commission/femmes/femmes030331.html : le rapport du sénat évoque les inégalités de pensions entre les hommes et les femmes artisans. Des articles de presse évoquent également cette situation : http://www.chefdentreprise.com/Artisans-Mag-/Article/Femme-d-artisan-un-metier-a-part-entiere-21520-1.htm?Print=1

Graphique n° 15 - Niveau d'études des 75 ans et plus vivant à domicile



Source : B.Nader-Hallier.
Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème, 2008/2009

Graphique n° 16 - Niveau d'études des 75 ans et plus vivant en résidence du CAS



Source : B.Nader-Hallier.

Les générations 1925 à 1935 sont marquées par l'accès au brevet pour les femmes (Chapitre 2). La part des femmes ayant suivi des études supérieures est ici bien supérieure à la moyenne nationale (Tableau n° 8). Les personnes nées entre 1922 et 1930 ont évoqué la fracture de la guerre dans leur parcours scolaire : Gérard et Madeleine nés en 1926 ont arrêté leurs études en 1940 : Gérard part travailler en zone libre, Madeleine se lançant avec ses parents dans la résistance. A la fin de la guerre, ils ne reprendront pas leurs études. Dans l'ensemble, les hommes sont plus diplômés que les femmes.

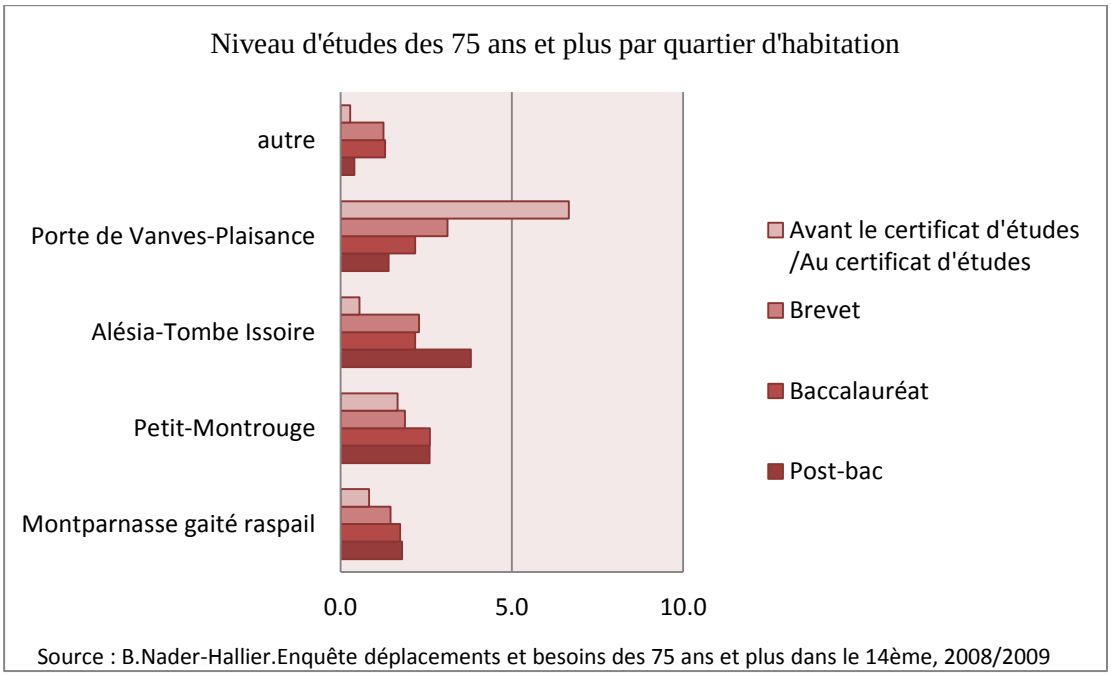
Tableau n° 8 - Niveau d'études, selon les sexes, des 75 ans et plus de l'échantillon

en %	Avant le Certificat d'Etudes	Certificat d'études	Brevet	Baccalauréat	Etudes supérieures	Ensemble
Hommes	1,9	1,9	2,5	2,5	11,5	20,4
Femmes	5,7	13,4	28	12,1	20,4	79,6
Ensemble	7,6	15,3	30,6	14,6	31,8	100

Source : B. Nader/Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14e arrondissement, 2008/2009

Les disparités socio-spatiales sont fortes à l'échelle des quartiers sélectionnés. 66% des personnes ayant le certificat d'études (ou non) se concentrent dans le quartier Plaisance-Porte de Vanves. Les retraités diplômés du baccalauréat et d'études supérieures se retrouvent dans les quartiers Alésia - rue de la Tombe Issoire, de Montparnasse et du Petit-Montrouge.

Graphique n° 17 - Niveau d'études des 75 ans et plus par quartier



7.1.3 Les catégories socio-professionnelles

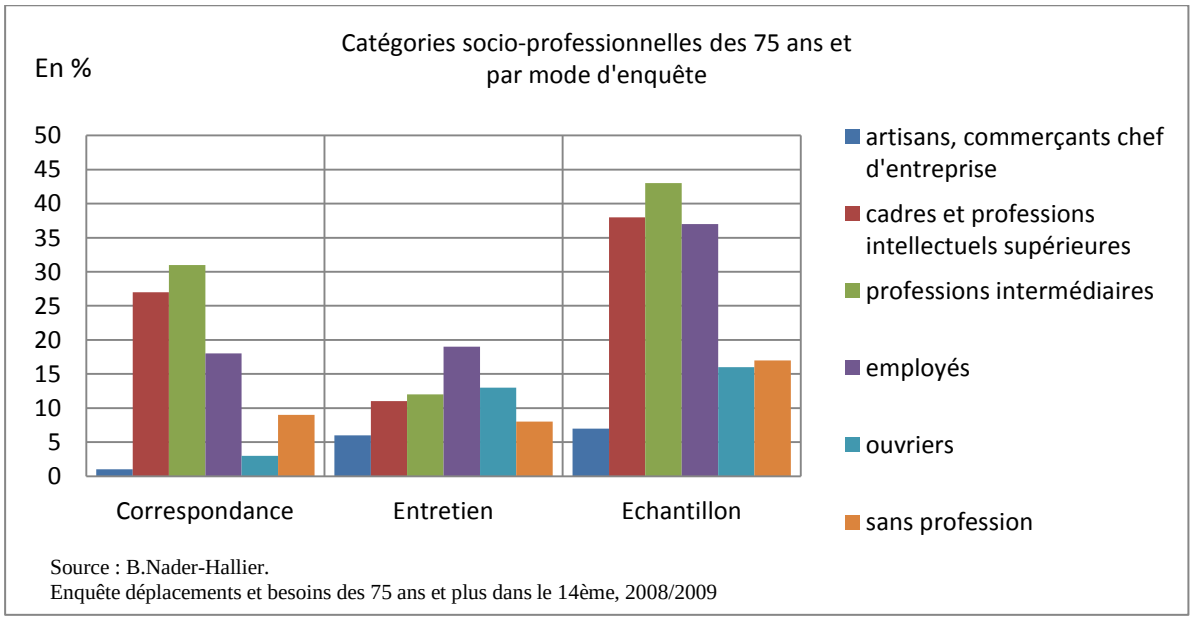
88% de l'échantillon déclarent avoir eu une activité professionnelle. Chez les femmes, 12,8% des femmes sont restées au foyer ce qui est bien inférieur aux moyennes nationales pour les générations 1918-1935[173]. En revanche, la part des femmes ayant eu une activité

[173] pour la générations de 1918-1922 14.4% des femmes ont eu une activité continue, 29,1% pour la génération de 1923-1927 et 28,3% pour la génération 1931-1935(Françoise Battagliola, opus cité).

professionnelle est quant à elle bien plus forte. Il n'a pas été possible de différencier, avec précision, la part des femmes ayant travaillé de façon continue ou discontinue. Sur l'ensemble de l'échantillon, 27,2% ont exercé un métier les positionnant dans la catégorie des professions intermédiaires, 24,1% dans la catégorie employés, 23,4% dans la catégorie cadres et professions supérieures et 10,1% dans la catégorie ouvriers, 4,4 % dans celle des artisans. La part des ouvriers et employés âgés de 75 ans et plus, est plus importante que dans les générations plus jeunes : le quartier Plaisance fut le quartier ouvrier et employé avant 1970. Aujourd'hui, la gentrification de l'arrondissement laisse la place aux cadres supérieurs ou aux professions intermédiaires (Graphique n° 19).

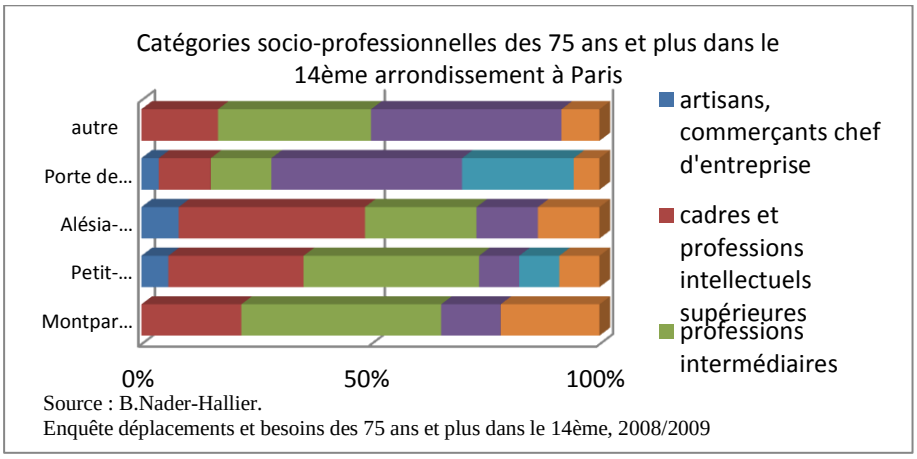
Catégories socio-professionnelles et niveau scolaire sont corrélés ($p < 0,001$) ainsi que la perception des revenus qui est d'autant plus forte que le niveau est élevé et la CSP supérieure. 34% des retraités des résidences-services étaient ouvriers, 25% employés.

Graphique n° 18 - Catégories socio-professionnelles des 75 ans et plus dans le 14ème selon le mode d'enquête



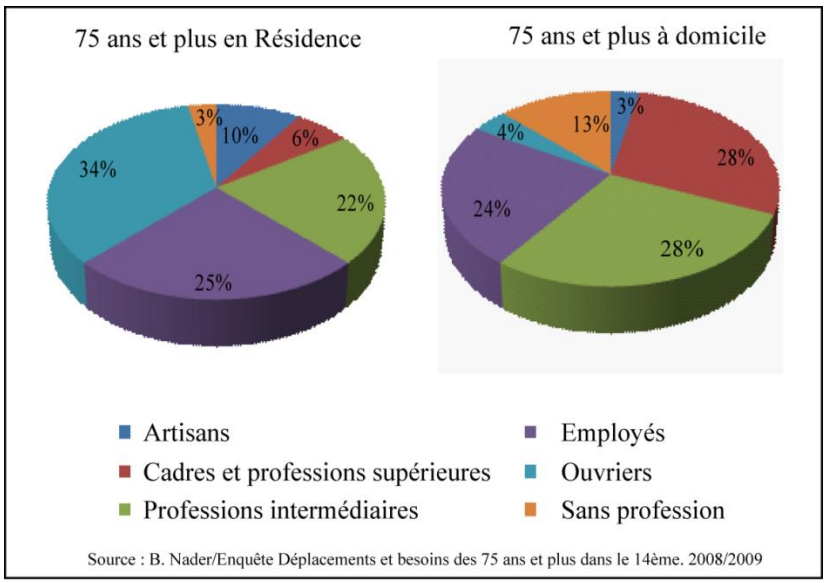
Source : B.Nader-Hallier.
Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème, 2008/2009

Graphique n° 19 - Catégories socio-professionnelles selon le quartier d'habitation des 75 ans et plus



Source : B.Nader-Hallier.
Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème, 2008/2009

Graphique n° 20 - Catégories socio-professionnelles des 75 ans et plus en fonction du mode d'habitat



Source : B. Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème. 2008/2009

Le niveau scolaire et la perception des revenus permettent d'établir un score socio-économique des 75 ans et plus dans le 14^{e} : 18,2% ont un score faible, 28,3% moyen, 31,4% bon et 22% très bon. La répartition par quartier ($p < 0,001$) illustre les déséquilibres observés pour l'ensemble des déterminants socio-économiques : le quartier de la porte de Vanves concentre des populations au score faible y compris lorsque l'on considère l'échantillon sans les habitants des résidences-services (PEM = 30%). Parmi les personnes interrogées dans le quartier Montparnasse, 29% se sentent en difficulté, alors que les trois autres quartiers en recensent entre 3 à 6 %.

7.1.2 Les liens sociaux

« *Le manque de soutien affectif, le fait de vivre seul et le manque d'activités sociales sont associés à des taux de mortalité plus élevés pour toutes les causes de mortalité* » (J-C. Henrard, 1997)[174]. Dans le 14e arrondissement, 52,4% des 80 ans et plus vivent seuls à leur domicile[175]. 77,2% des personnes interrogées vivent seules, dont 68% de femmes qui sont soit célibataires (22,2%), soit veuves (36,7 %), soit divorcées ou séparées de leur conjoint (12.7%). Chez les hommes, 61,3 % sont mariés, 9,4 % veufs, 10,3 % célibataires, 16,3 % divorcés, 42% vivent seuls. A partir de 85 ans, la proportion de personnes seules augmente de près de 14,8 points passant de 74,1% à 88,9%. 31 personnes sur 32, en résidences–services ou en résidence-appartement vivent seules. Nous n'avons pas perçu de différences significatives entre l'échantillon ayant répondu par entretien et celui par correspondance.

Leurs origines géographiques sont variées, mais la majorité des répondants est d'origine francilienne : 39,4 % ont toujours habité le 14e, 38% Paris, 15% ont habité en banlieue, 3,8% en province et 3,8% à l'étranger. Le lieu de naissance n'a pas été demandé car nous cherchions davantage à comprendre quelle était l'ancienneté d'habitation et de vie dans le 14e que l'origine géographique de l'enfance. Peu de personnes sont d'origine étrangère, elles représentent 10% de l'échantillon.

Les différentes études s'appuyant sur les déterminants socio-environnementaux de la santé ou encore les recherches portant sur l'isolement[176], insèrent dans leurs analyses l'étude des liens sociaux des personnes âgées : les types de liens, la fréquence des visites à domicile, les appels téléphoniques, rendre visite à quelqu'un, sortir de son domicile... Nous nous sommes concentrés sur les liens qui permettaient aux personnes âgées de sortir de leur domicile et d'être en contact avec l'extérieur de leur domicile. Ainsi, plusieurs questions furent posées sur les liens familiaux, les relations liées à l'aide à domicile et les liens créés par des activités à l'extérieur du logement, la participation sociale des aînés.

Ces liens familiaux sont essentiels : *« une famille nombreuse et présente atténue beaucoup le sentiment de solitude. La famille joue un rôle à part car on peut tout demander à quelqu'un de sa famille, plus qu'à un bénévole ou à un ami »* (enquête 2006). 69,6% ont eu des enfants,

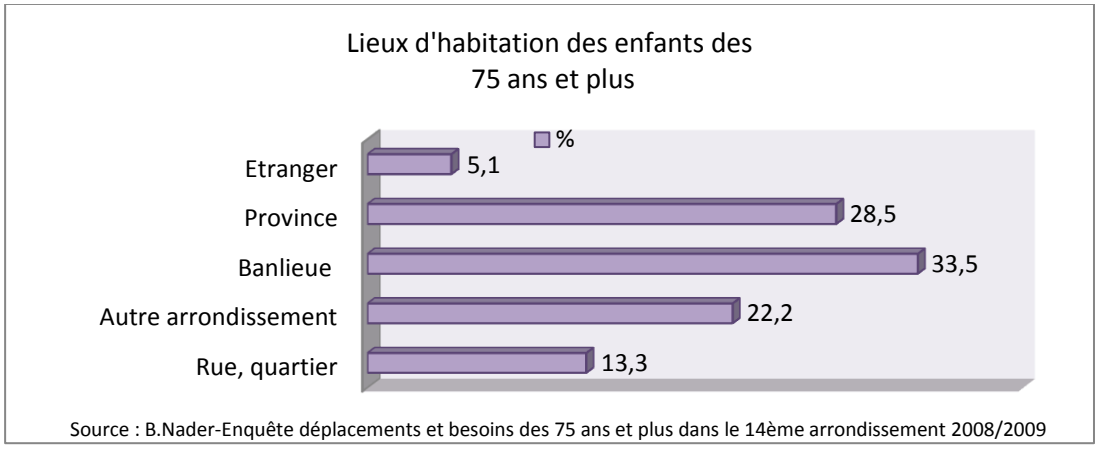
[174] Jean-Claude Henrard fait lui-même référence à l'article de L. Berckman, S.L.Syme, « Social networks, host resistance, and mortality : a nine years of follow up study of Alamada County residents ». *Am. J. Epidémiol*. 1979, N°109, p186-204

[175] RGP, INSEE, 2007 part des ménages de 80 ans et plus par rapport au nombre de personnes de 80 ans et plus dans l'arrondissement

[176] Enquête Isolement 2006

et parmi eux, 82,1 % ont des petits-enfants et des arrière petits-enfants. Un tiers des enfants des personnes de 75 ans et plus habitent Paris et un tiers la banlieue (petite couronne) : 31,4% ont leur famille proche en région parisienne, en particulier les frères et sœurs mais également neveux et cousins. 44% estiment ne pas avoir d'autres membres de la famille en région parisienne et deux personnes évoquent la perte des liens avec leur famille (Graphique n° 21) Dans les entretiens, les personnes ont évoqué les visites des enfants le dimanche : pour les plus âgées, les enfants viennent les chercher en voiture. De nombreuses personnes âgées prennent les transports en commun pour se rendre chez leurs enfants en banlieue.

Graphique n° 21 - Origine géographique des enfants des 75 ans et plus



Source : B.Nader-Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème arrondissement 2008/2009

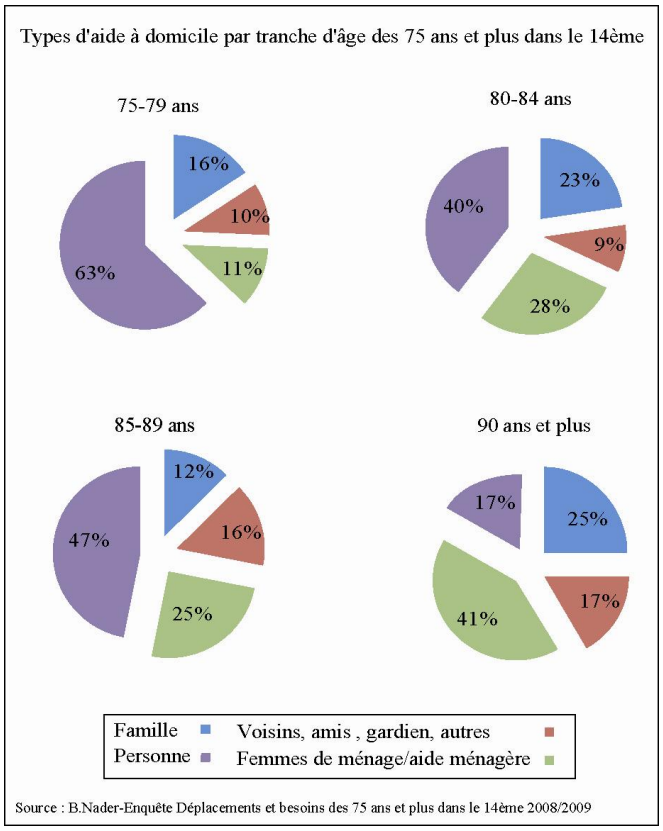
Les plus jeunes parcourent Paris pour garder le mercredi après–midi les petits-enfants qui habitent en banlieue : Il faut noter la formidable mobilité des aînés et leur grande implication tant qu'il le peuvent dans l'aide familiale : nous sommes ici dans une aide inverse que l'on a tendance à oublier lorsque l'on parle des aînés : « *L'aide comme échanges entre générations, apporte effectivement une dimension positive et dynamique en participant à la construction identitaire des individus qui composent la société* » (Bloch et Buisson, 1994 ; Membrado,1999)[177]. Plus la personne avance en âge plus l'aide est ascendante des enfants vers les parents. La proximité géographique des enfants est essentielle : les enfants nouvellement à la retraite deviennent des aidants à 100%, dont le rôle ne cessera de croître avec les années.

L'aide fait partie de ces relations sociales : on distingue l'aide formelle officielle, déclarée, de l'aide informelle, réalisée par la famille, les amis ou les voisins. 18% reçoivent une aide de leur famille (courses, démarches administratives…), 11% une aide ponctuelle des amis, voisins, du gardien ou de l'épicier, 13% disposent d'une femme de ménage pour l'entretien du

[177] Cité par Philippe Pitaud, page47

domicile et quelques courses, 8% reçoivent les services d'une aide-ménagère, dans la majorité des cas envoyée par la caisse de retraite. Les réponses montrent avant tout une indépendance dans la vie quotidienne jusqu'à 85 ans : 50% des 75 ans et plus ne disposent pas d'aide ou n'en veulent pas : cela fait partie de leur indépendance, de leur choix : « *tant que je le pourrai, je ferai mon ménage et mes courses toute seule, je ne veux rien demander à personne* » « *non, je n'ai besoin de personne* ! » ou encore « *je ne veux pas qu'une personne étrangère vienne à mon domicile, je n'ai pas confiance* » (Graphique n° 22). L'aide informelle des voisins, amis ou gardiens reste ponctuelle, ce qui signifie que les aînés parisiens de notre échantillon ne sont aidés que très tardivement.

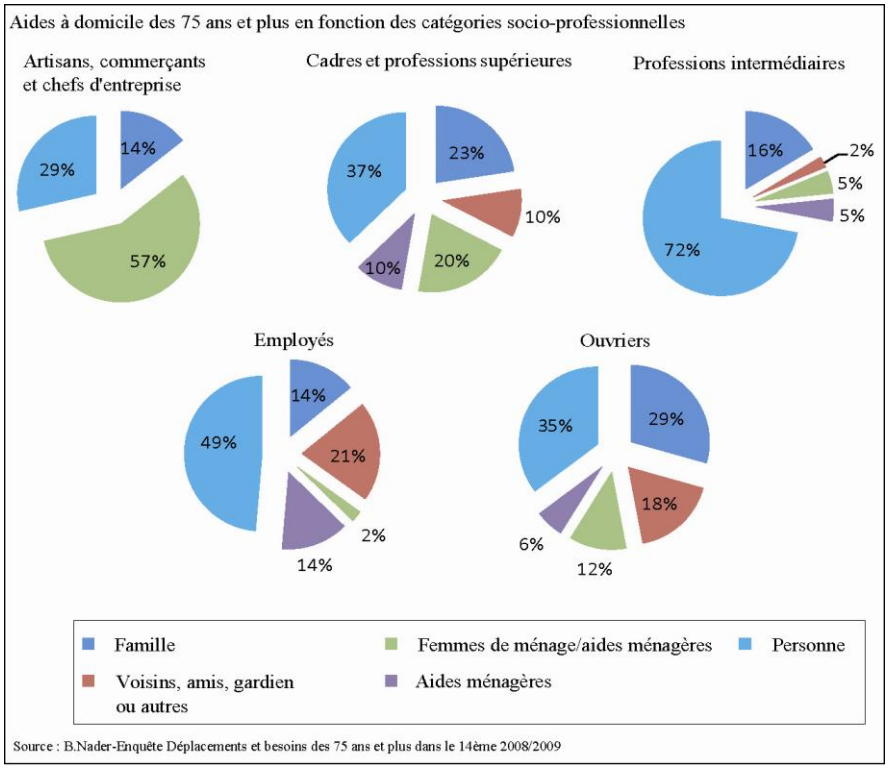
Graphique n° 22 - Types d'aide à domicile par tranche d'âge



Tant que la mobilité est présente, l'aide à domicile est remise à plus tard, excepté pour les personnes qui disposaient depuis longtemps d'une femme de ménage. Chez les aînés dont les revenus sont perçus comme très satisfaisants, l'aide-ménagère n'arrive que tardivement. Les solidarités familiales et de voisinage sont développées en particulier chez les cadres et les ouvriers ($p>0,084$). Les professions intermédiaires et les employés sont les deux catégories pour lesquelles l'aide est la moins importante. L'absence d'aide chez les professions intermédiaires est majeure comparée aux autres CSP. Ce n'est pas une question d'âge puisque

parmi ces personnes, 48,8% ont entre 75 et 79 ans, 20,9% ont entre 80 et 84 ans et 30,2% ont 85 ans et plus. 79,1% sont satisfaits de leurs revenus, mais le gèrent avec attention, ce qui explique en partie que ces personnes n'ont pas de femmes de ménage et souhaitent garder leur indépendance financière et personnelle. (Graphique n° 23)

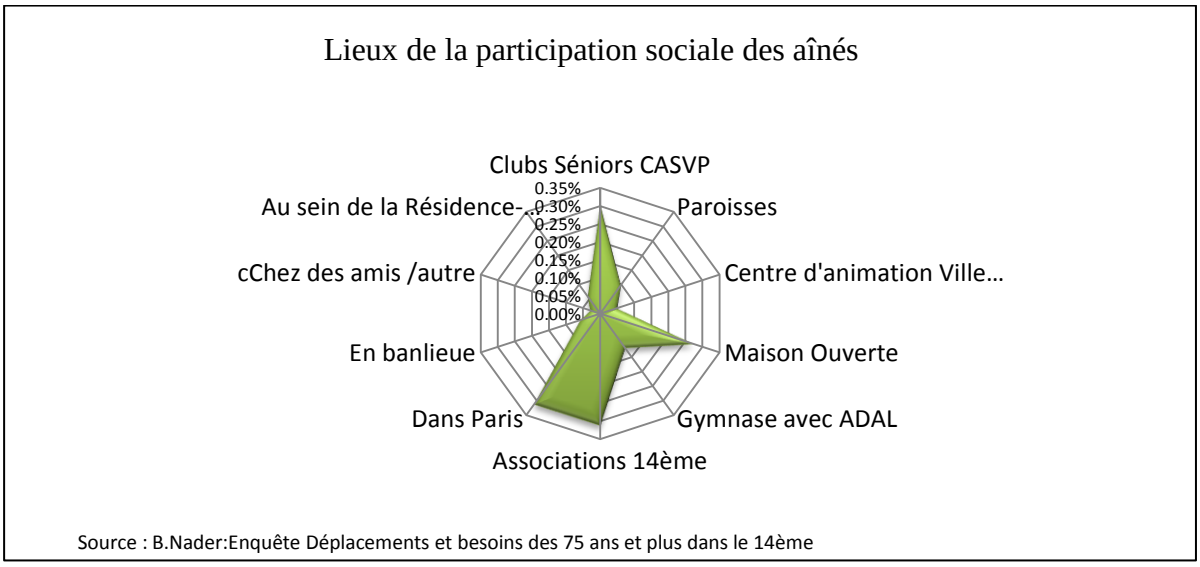
Graphique n° 23 - Types d'aides reçues en fonction des catégories socio-professionnelles



Une autre catégorie de liens sociaux est primordiale : les liens amicaux et les liens tissés dans une activité extérieure au domicile (participation sociale). 73% des personnes interrogées déclarent avoir une activité à l'extérieur de leur domicile. Les activités sont nombreuses pour la tranche d'âge 75-79 ans mais on observe une diminution progressive des activités qui s'accentue à partir de 85 ans (p>0,001) Nous n'avons pas vu de différence significative entre les deux types d'échantillon.

Les activités sont nombreuses et variées comme en atteste le Graphique n° 24, les activités sportives représentent 54,5% des activités déclarées, le bénévolat 36,3% et les activités manuelles 29,7%. Le tris croisé entre les types d'activité et le niveau scolaire fait apparaître des liens entre les activités manuelles prisées par les personnes ayant un certificat d'étude (PEM de 27%), les conférences, les ateliers d'écriture et le bénévolat chez les personnes disposant au moins du baccalauréat. (p>0,012)

Graphique n° 24 - Les lieux de la participation sociale des aînés



Les activités sont hebdomadaires pour 70% des personnes interrogées. Parmi les personnes qui n'ont pas d'activités, les raisons sont variées : il y a celles et ceux qui ne sont pas intéressés par une activité et qui n'en éprouvent pas le besoin « *J'ai suffisamment à faire* », « *Je suis une inconditionnelle de la résidence, je suis fainéante, je n'aime pas sortir* ». Certains se sentent trop vieux et ne trouvent pas l'énergie pour entamer une démarche : « *Il est difficile de se lier d'amitié à partir d'un certain âge* ». Il y a celles et ceux dont les obligations familiales (maladie des conjoints, des frères et sœurs, garde des petits enfants) ne leur permettent pas ou plus de prendre du temps pour eux : « *J'aimerais faire plus d'activité mais avec la santé de mon mari, ce n'est pas possible, peut-être lorsque mon mari rejoindra une structure d'accueil de jour* » ou encore *« J'ai dû beaucoup aider ma sœur qui a la maladie d'Alzheimer, je n'ai pas le temps »*. Le décès du conjoint constitue une rupture qui peut entraîner une limitation des activités sociales. Pour celles et ceux dont la motricité est amoindrie, le manque d'accessibilité aux activités ou bien le manque d'information est discriminant :« *Je ne fais plus de gymnastique depuis que le club de la rue du Maine a été supprimé. C'est maintenant trop loin. Je ne peux plus y aller. J'allais aux conférences Connaissances du monde mais la dernière fois, c'était au 1er étage donc je n'y vais plus, il y a trop d'escaliers* ». Il y a ceux qui n'osent pas, qui souhaiteraient, mais qui ne savent pas où pratiquer des activités ou qui n'ont pas de moyens financiers et pour qui ce serait pourtant un moyen de sortir de leur solitude, de l'isolement.

A l'instar des critères socio-économiques, nous avons regroupé ces réponses sous forme de score que nous avons intitulés « Liens sociaux ». On constate que 6,3% des répondants ont un

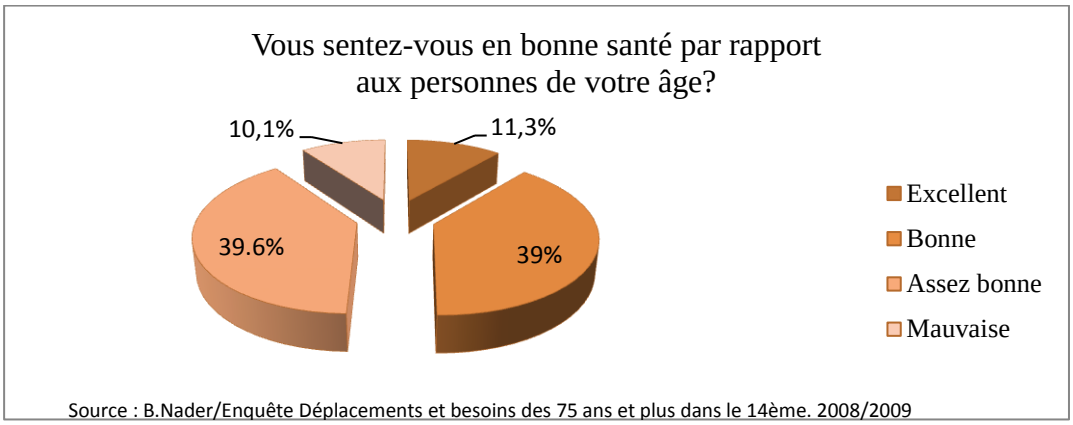
score faible, 37,7% ont un score moyen, 37,7% un bon score et 18,2% un très bon score. Les tris croisés entre les quartiers et le type d'activités ou encore en fonction du mode d'enquête ne sont toutefois pas significatifs.

7.1.3 La santé

Les personnes interrogées sont parties à la retraite pour les premières en 1972, date à partir de laquelle les retraités ont connu en France une longévité sans précédent (F.Cribier, 2010). S'intéresser à la santé des 75 ans et plus va au-delà de l'analyse polypathologique médicale : la perception de la santé mesure d'autres paramètres. Les études longitudinales soulignent les inégalités sociales de santé (A. Leclerc, 2000) : origine sociale, mode de vie, emploi, trajectoire personnelle ont façonné les aînés et contribuent à expliquer leurs difficultés ou au contraire des conditions de vie plus agréables. Le fait de vivre seul, le niveau scolaire, les revenus sont autant de facteurs discriminants expliquant les inégalités sociales de santé (chapitre 3).

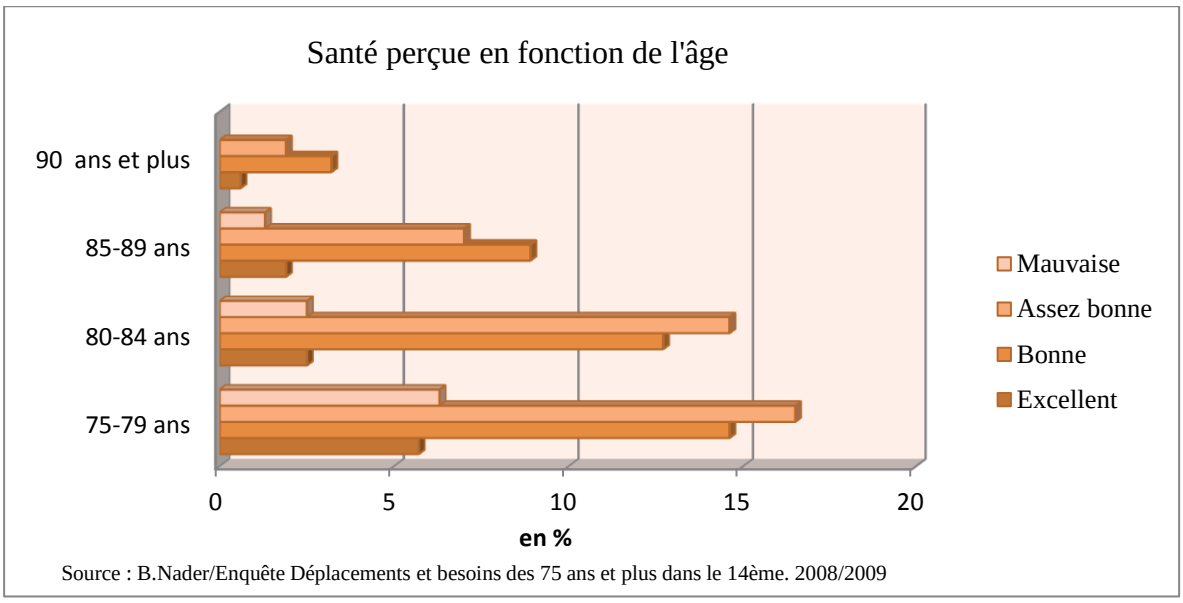
Plusieurs questions permettent d'aborder la santé perçue des personnes âgées : les questions 19 à 26 (cf. annexe 12) se centrent sur la perception de la mobilité et des difficultés d'ordre général. Il ne s'agit pas ici d'établir un diagnostic médical mettant en évidence des polypathologies mais d'obtenir une perception globale de la santé centrée autour de son ressenti global concernant la vue, l'ouïe et la motricité. A la question « Vous sentez-vous en bonne santé par rapport aux personnes de votre âge », 53,3 % s'estiment être en bonne voire très bonne santé. Pour les 75-84 ans ; les personnes s'estiment en majorité en assez-bonne santé alors qu'au-delà de 85 ans, les aînés s'estiment davantage en bonne santé. En proportion, les personnes âgées entre 75 et 79 ans se déclarent davantage en mauvaise santé qu'aux autres âges : il s'agit en particulier des personnes habitant en résidences-services. Dans l'échantillon par correspondance, les personnes s'estiment davantage en assez bonne santé alors qu'en entretien les personnes s'estiment en bonne santé.

Graphique n° 25 - La santé perçue des 75 ans et plus



Source : B.Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème. 2008/2009

Graphique n° 26 - La santé perçue des aînés en fonction de leur âge



Source : B.Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème. 2008/2009

Aucun lien ne peut-être établi entre la santé perçue et le quartier d'habitation. Parmi les 6,9% qui s'estiment en mauvaise santé, tous évoquent un problème de marche (lien santé perçue / problème pour marcher $p > 0,001$). Les personnes ayant une difficulté auditive représentent 42,9% des personnes interrogées. Parmi elles, seules 35% sont appareillées. Les liens entre perception des revenus et appareillages auditifs sont liées ($p > 0,001$). Les problèmes de motricité sont responsables de l'arrêt des activités liées à la participation sociale : 16,4% des personnes interrogées n'ont pas d'activité à l'extérieur et ont un problème de marche momentané ou plus ancien.

En additionnant les scores des différentes réponses concernant la perception de la santé, on constate que 6,9 % des répondants se déclarent en mauvaise santé, 22,6 % en moyenne santé, 37,1 % en bonne santé et 33.1% en très bonne santé. Ainsi on peut estimer que 29,5%

de l'échantillon commencent à présenter une vulnérabilité liée en partie aux problèmes de motricité.

En considérant les déterminants socio-économiques, les liens sociaux et la perception de la santé, une première approche de la perception de la qualité de vie des aînés se dégage. Ainsi, 12,6 % ont une mauvaise qualité de vie, 20,1 % moyenne, 33,3% bonne, et 34% une très bonne qualité de vie. Cependant cette approche s'avère trop partielle car elle ne prend pas en considération la perception du territoire ni les mobilités objectives des aînés, facteurs importants dans l'appropriation de leur espace vécu et leurs mobilités.

7.2 LA PERCEPTION DE SON TERRITOIRE DE VIE

Les facteurs écologiques influencent l'état de santé et la mobilité des personnes âgées. Les études menées par les canadiens montrent l'influence des déterminants socio-économiques dans la mobilité. (L. Gauvin, L. Richard 2009). Dans quelle mesure ces déterminants influencent-ils la perception et la représentation de l'espace vécu ? Dans quelle mesure l'environnement urbain entre-t-il en considération dans la perception de l'espace vécu ? L'effet quartier est-il discriminant ? La perception de l'espace est-elle un déterminant discriminant pouvant expliquer l'isolement, la vulnérabilité d'une personne âgée ? Plusieurs indicateurs permettent d'appréhender la perception du quartier par les aînés : la notion de sécurité, l'ancienneté sur le lieu d'habitation et l'attachement.

7.2.1 Le sentiment de sécurité

La notion de sécurité est large et fait appel à de multiples facteurs. J-P. Thouez évoque la complexité de ce sentiment dans l'étude qu'il a réalisée à Montréal[178] : la perception de la sécurité ou de l'insécurité est liée aux caractéristiques personnelles, elle est un indicateur du moral ou encore de la satisfaction de la personne. Cette perception entre également dans la notion du bien-être. Les personnes se sentant en insécurité montrent des signes de fragilité psychologique mais également de fragilité socio-spatiale pouvant aboutir au désengagement spatial (J.P. Thouez , 1979). L'insécurité revêt plusieurs formes : « *l'agression, les trous dans la chaussée, la circulation routière, la présence de SDF, la présence de motos, vélos,*

[178] Thouez J.P.,(2010) Espace social, images mentales de la ville de Sherbrooke : cheminement d'un néophyte, *Cahiers de géographe du Québec*, volume 54, n°151, avril 2010, pages 197-211

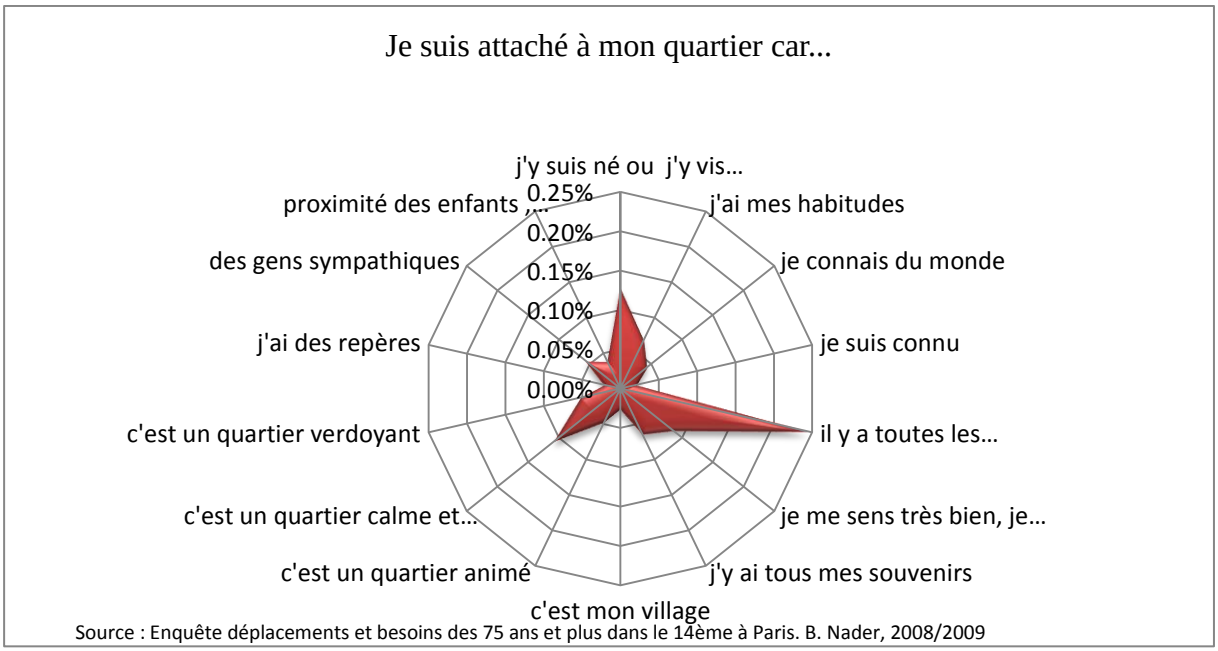
trottinettes ou encore les personnes se déplaçant avec des rollers sur les trottoirs. » (J. Yerpes, 2000). L'arrivée du Vélib à Paris a considérablement modifié la perception de la sécurité sur les trottoirs pour les aînés. Le trottoir n'est plus à Paris que le domaine du piéton mais aussi celui du piéton véhiculé, ce qui modifie le rythme et l'appropriation du trottoir par les personnes à mobilité réduite ou fragilisées. L'avancée des terrasses de cafés est également perçue comme dangereuses car nécessitant de se mêler au flot des piétons actifs, plus jeunes : la peur de la chute est bel et bien la première cause d'insécurité dans les témoignages, celui de l'agression n'est que secondaire.

« *Le 14e c'est mon quartier, c'est quelque chose ! Je suis heureuse d'être ici. Mais à la Poste, il y a des trous partout sur le trottoir, c'est dangereux, je fais très attention* ! » Cette réflexion est d'autant plus importante que cette personne se rend à la Poste très souvent pour encaisser sa pension ou envoyer son courrier. Les travaux de voirie sont aussi perçus comme une cause d'insécurité.

7.2.2. L'attachement au quartier

L'ancienneté est un des facteurs d'attachement à son quartier : l'ancrage dans un quartier et un domicile. 40,8% habitent depuis plus de 30 ans dans leur quartier, 14% entre 20 et 30 ans, 25,5% entre 10 à 20 ans et 19,7% depuis moins de 10 ans.

Graphique n° 27 - Les raisons de l'attachement au quartier



Source : Enquête déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème à Paris. B. Nader, 2008/2009

Les personnes les plus attachées à leur quartier évoquent pour 25% les aménités comme les commerces de proximité ou la proximité des moyens de transport. Viennent ensuite l'ancienneté dans le quartier (13%), la perception d'un quartier agréable et tranquille (11%) et des souvenirs heureux ou malheureux (7%). *« J'y suis très attachée. Premièrement parce que je m'y sens bien. Je peux aller au club Didot à pied, de la porte d'Orléans partent de nombreux bus…* » Angèle, 84 ans. « *Je l'adore pour les facilités de vie, toutes à poximité, c'est mon village. Je me suis mariée à la mairie du 14e. Mes parents et mon mari dorment au cimetière Montparnasse où par ailleurs il fait bon même si je n'en profite plus. Il y a les cinémas, des théâtres, des brasseries légendaires qui attirent du monde, les marchés et les squares même si mon chien m'empêche d'en profiter*. (Jacqueline, 80 ans habitant près de Montparnasse). « *J'y suis attachée sentimentalement. Une grande partie de ma famille, mes parents dans leur jeunesse y ont vécu, puis ils ont habité le 15e où je suis née. Mes grands-parents y vivaient ainsi que mes tantes et leurs enfants ? Après mon mariage, nous nous sommes installés dans le quartier en 1956* » Clélia, 77 ans habitant Porte de Vanves.

Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à celles et ceux qui avaient déménagé depuis moins de 10 ans en fonction de leur tranche d'âge : déménager à 85 ans est souvent vécu comme une fracture : c'est quitter une page de sa vie, le logement où l'on avait vécu avec son mari, ses souvenirs, sa vie. « *Je me suis attachée au quartier mais j'ai pleuré lorsque j'ai déménagé de la rue Friant pour venir dans la résidence* » Eliane, 96 ans. Parmi eux, 59,1% ont intégré une résidence-services ou bien un résidence-appartement depuis moins de 5 ans, 38,7 % ont changé d'appartement. Les raisons évoquées sont souvent financières ou bien liées à un accident de santé nécessitant la proximité d'une surveillance en résidence-services, le décès d'un parent qui oblige les femmes célibataires à quitter le domicile familial : la fracture est définitive, il y a perte des repères spatiaux personnels et familiaux.

« Je ne suis pas attachée au quartier, mon quartier est ailleurs, dans le 6ème, j'ai dû le quitter à la mort de maman car nous avions un bail de 48 » Anne, 83 ans, résidant à la même adresse depuis 14 ans.

Les modifications du quartier Vercingétorix dans les années 1990 ont entraîné des expulsions : Marthe, 85 ans fut relogée mais ne s'est pas vraiment attachée à son nouveau quartier. Parmi les 9,5% qui estiment ne pas être attachées à leur quartier, 33,3% habitent l'avenue de la porte de Vanves et ce depuis plus de 20 ans. Elles sont en général arrivées dans les années 1960, lors de la période de construction des immeubles. «*Le changement de*

population des dernières années est à mon avis la cause. Jusqu'ici il y avait une mixité entre les gens d'origine française et étrangère. Aujourd'hui cette mixité tend à disparaître. Ne risque-t-on pas de créer un ghetto ? » Germaine, 90 ans, habitant près du périphérique à la porte de Vanves.

Les avis sont plus partagés sur le quartier Montparnasse : soit il représente la vie, l'activité, la proximité, la capitale, soit au contraire, il est perçu comme un quartier non sécurisé : les manifestations fréquentes, la double circulation du boulevard Montparnasse, axe de circulation majeur à Paris ayant comme particularité une circulation des bus à double sens au centre du boulevard. Sa traversée relève du parcours du combattant pour toute personne et encore plus pour des personnes vulnérables.

Photographie n° 23 - Le cinéma « Le Bretagne » boulevard Montparnasse

Source : ©B. Nader, 2011

« J'aime la grande diversité, son atmosphère familiale, le côtoiement de nombreux artistes, la rue de la Gaité et ses théâtres, les marchés, le cinéma ; la proximité de l'essentiel et aussi du superflu » Gilberte, 84 ans

Le deuxième facteur entrant dans la perception de l'espace vécu est l'attachement au quartier : 90,3% des personnes interrogées sont attachées à leur quartier. En fonction du quartier d'habitation, les plus forts attachements se retrouvent dans le quartier de la rue de la Tombe Issoire. Le quartier de la Porte de Vanves s'illustre toujours par une part de non attachement bien plus importante que dans les autres quartiers : 19,2% estiment ne pas être attachés à leur quartier. Pour l'ensemble des quartiers, la présence des commerces et l'accessibilité aux différents services, le fait d'être connu, de connaître les habitants et les commerçants ; d'y avoir ses habitudes expliquent le plus ou moins grand attachement.

La question n°54 demandait *« si vous deviez changer de quartier, où iriez-vous et pourquoi ?* » : L'attachement au quartier est ici très présent puisque 60% ne peuvent pas imaginer quitter leur domicile, soit par ce qu'ils sont trop âgés, soit parce que le quartier est tout simplement le leur. Pour celles et ceux qui imaginent déménager, le premier facteur exprimé concerne les aménités du quartier, « le village » : accessibilité aux espaces verts, aux commerçants, un quartier vivant mais pas trop. Le deuxième facteur concerne le rapprochement familial vers les enfants : 7,5% des répondants évoquent la possibilité d'une maison de retraite ou d'un foyer logement : «A *mon âge je ne changerai pas de quartier dans la mesure où je m'y plais. Sinon, quand je ne pourrais plus faire ce que je fais actuellement, comme je ne veux pas déranger mes enfants (qui désireraient que je vienne chez eux, mais je ne veux pas faire de préférence) donc il y a des foyers-logements très bien et nous sommes entre personnes âgées »*

A la question « quels sont les lieux que vous n'aimez pas dans l'arrondissement » les réponses confirment celles liées à la sécurité ou à l'attachement. Le quartier de la porte de Vanves est synonyme de violence, de drogues et de jeunes désœuvrés. Cette réputation est ancienne : les aînés associent la Porte de Vanves à l'ancienne « Zone » (chapitre 2). Les problèmes d'insécurité liés aux bagarres entre groupes de jeunes[179] laissent une réputation sulfureuse même si l'insécurité a reculé dans les dix dernières années. Les personnes qui se déplacent vers le quartier de la porte de Vanves y vont pour participer aux activités des clubs séniors ou de la maison ouverte : « *Je suis un peu intimidée quand je dois aller « dans le fond » du 14^{e} (à la Maison ouverte par exemple) mais ce sont des quartiers qui ont été rénovés et qui sont propres et même pratiques avec le tram* habitant près de la place Denfert Rochereau. « *Plaisance et la porte de Vanves, je ne l'aime pas, pas de sécurité du tout. La rue de Coulmiers et Antoine Chantin ne sont pas agréables le long de la petite ceinture le soir ainsi que le boulevard Brune : c'est désert* » Evelyne, 88 ans. La Photographie n° 24 illustre son témoignage : les rues longeant la voie ferrée sont moins éclairées et provoquent un sentiment d'insécurité le soir.

[179] Rapport de sécurité du 14^{e} , 1999

Photographie n° 24 - La voie ferrée de l'ancienne petite ceinture

Source : ©B.Nader, 2008

7.2.3. La perception de sa mobilité

La conservation de sa mobilité au grand âge est un indicateur de bien-être : se mouvoir permet de conserver son indépendance et sa liberté d'action, d'aller et de venir. 88,7% des personnes sortent tous les jours, 3,1% ne sortaient pas quotidiennement au moment de l'enquête, 8,2% sortent plusieurs fois par semaine. L'enquête s'étant principalement déroulée entre octobre et mars, (exceptés les jours de neige et de grand froid), la météo hivernale n'a que très peu modifié les habitudes de sorties. Ce sont les promenades dans le parc qui sont alors moins fréquentes. Les heures de sorties sont très variables : si la majeure partie (46,6 %) préfère sortir faire ses courses le matin, principalement entre dix heures et midi, 33% n'ont pas d'heure et sortent en fonction de leurs besoins et de leurs envies. Les sorties de l'après–midi sont liées aux activités. 56,6% sortent plusieurs fois par jour, 30% une seule fois par jour. Ces sorties diminuent avec l'âge, on retrouve ici le seuil des 85 ans à partir duquel les sorties sont davantage hebdomadaires que quotidiennes : l'étude du Certu (qui certes englobait également des personnes de 65 à 75 ans), évoque un tournant à l'âge de 80 ans en 1999. Parmi les modes de déplacement privilégiés par les aînés, la marche et le bus sont les deux modes utilisés quasiment chaque jour. La marche est le premier mode de déplacement des personnes âgées. C'est le moyen de se déplacer à son rythme tout en préservant son autonomie fonctionnelle. Le bus est le moyen de transport des aînés par excellence : 94% des personnes interrogées prennent le bus. Certaines personnes n'hésitent pas à prendre deux ou trois bus pour se rendre dans un lieu précis, notamment pour se rendre dans un club sénior ou dans un grand magasin comme BHV. Il permet de voir l'animation, le soleil, les arbres, les embouteillages, il permet

de conserver le contact, la vie! Le métro et le RER sont utilisés par une minorité de l'échantillon : ils supposent ne pas avoir de problème de motricité et sont pris pour aller vers des destinations plus lointaines. Le bus devient également une stratégie avec l'avancée en âge, les appréhensions des transports en commun étant importantes : 71,8 % des personnes interrogées appréhendent de prendre les transports en commun. La première raison évoquée est liée à la chute dans 62,9 % des cas, la peur de la bousculade, de la foule, de la vitesse de déplacement. La deuxième raison est liée aux escaliers : le manque d'escaliers mécaniques dans les deux sens et surtout d'ascenseurs obligent les aînés à parcourir des distances plus grandes à pied ou en bus : la stratégie d'évitement est quotidienne pour éviter les escaliers. Les autres raisons évoquées concernent l'irrégularité du trafic sur certaines lignes (nous aborderons ces besoins dans le chapitre 8), ou bien la difficulté de monter dans un bus, les marches sont hautes et les bus ne s'arrêtent pas toujours au bord du trottoir : « *avec ma canne et mon caddy, il m'est de plus en plus pénible de prendre le bus, le chauffeur n'attend pas toujours que je puisse m'asseoir pour redémarrer*. » Marie, 85 ans.

Photographie n° 25 - Un matin, rue d'Alésia

Le métro symbolise à lui seul la peur de la chute, l'insécurité, le contact avec la foule, les autres : il faut « se risquer davantage » pour reprendre une expression de Dominique Argoud, pour prendre le métro.

13,2 % de l'échantillon déclarent conduire encore jusqu'à 85ans. Ce sont surtout les hommes qui conduisent (57,1%) : les trajets se font vers la banlieue pour rendre visite aux enfants ou pour partir en vacances. Les hommes interrogés préfèrent se déplacer en voiture. Si ce mode de transport n'était pas au centre de notre étude, il n'en demeure pas moins important en

termes de mobilité pour certaines personnes. Marc, 85 ans, habite près du Parc Montsouris. Il a des difficultés pour marcher, mais conserve son lien avec le territoire et une sociabilité par sa voiture : « *je fais mes courses en voiture car j'habite trop loin des commerçants*». Marc n'envisage pas une seconde de s'arrêter de conduire : « *je n'ai jamais eu d'accident, si je m'arrête c'est la mort* ! » « *La voiture représente le dernier objet dont on se déprend en cette fin de parcours de vie. Garder la propriété de la voiture, malgré son non-usage, est une façon de maintenir l'illusion d'un regain vital, d'une possibilité de lutter contre le vieillissement et même la mort. Ainsi, ne pas céder sa voiture c'est refuser la perte d'autonomie.* » (Espinasse. C, 2006). Aucune personne interrogée n'a évoqué sa voiture à partir de 85 ans.

Ce témoignage fait référence au deuil du moyen de transport, que ce soit la voiture ou le bus, évoqué dans le chapitre 5. Faire le deuil du bus, c'est aussi faire le deuil de son indépendance et de sa liberté. Pour les personnes ne pouvant plus prendre les transports en commun, la Mairie de Paris organise le PAM[180] destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées touchant l'APA. Seules trois personnes de notre échantillon déclarent prendre ce mode de transport.

Ces résultats démontrent que malgré les appréhensions quotidiennes, les aînés sortent et arpentent le 14^{e} arrondissement, voire même tout Paris pour certains : leur indépendance en terme de motricité et de mobilité est indéniable. La cartographie de leurs déplacements contribue également à montrer l'image d'une vieillesse mobile, créatrice de son propre territoire.

En associant l'ancienneté, le sentiment de sécurité et l'attachement au quartier, on obtient un score de perception du territoire de vie : 9,4% ont une mauvaise perception du territoire, 18,9% une assez-bonne perception, 39% une bonne perception et 32,7% une très bonne perception de leur territoire de vie. L'association des différents scores nous permettra dans le chapitre 8 d'établir un indice d'appropriation territoriale.

[180] service parisien de transport des personnes en situation de handicap

7.3. LES TERRITOIRES DE VIE ET LEURS REPRÉSENTATIONS

7.3.1 Des territoires à géométrie variables en fonction des pratiques spatiales

7.3.1.1 Déplacements, usages et pratiques spatiales des aînés

Pour établir une typologie des territoires de vie, nous avons mesuré à l'aide des informations données par les personnes âgées, les distances qui séparaient leurs domiciles aux lieux côtoyés en fonction de quatre types de déplacements. En premier lieu, les courses, les formalités à la Poste, et à la banque forment un type de pratiques spatiales lié aux obligations du quotidien, celle qui permettent, y compris avec un rétrécissement du territoire, de rester intégré à son quartier. Le deuxième type correspond aux activités exercées à l'extérieur de son domicile, liées à la participation sociale, que ce soient les activités religieuses, le bénévolat, les activités sportives, les activités manuelles ou bien une rencontre régulière avec des amis. Un autre type de pratique concerne les déplacements familiaux réguliers. Enfin, sont intégrés les déplacements liées aux soins médicaux de proximité (pharmacie, généraliste) ou les déplacements plus irréguliers chez des spécialistes ou à l'hôpital. Le Tableau n° 9 présente les moyennes de l'ensemble de l'échantillon. Ces distances sont variables en fonction des saisons et des personnes : l'été, les activités liées à la participation sociale sont modifiées soit parce que l'association ferme soit parce que les autres personnes sont parties en vacances ; l'hiver les promenades dans le parc sont rares mais les visites au club plus soutenues. Le territoire de vie d'une personne est ainsi modulable dans l'année en fonction de l'état de santé, des conditions météorologiques (le froid et le vent et la neige sont les facteurs évoqués par les aînés), la période de l'année (les fêtes, les vacances scolaires…) les distances correspondent aux mobilités objectives des aînés c'est-à-dire aux distances établies par leurs déclarations.

Les distances parcourues sont variées en fonction des types de pratiques spatiales. Les aînés se déplacent dans un rayon de 500 mètres en moyenne pour les courses du quotidien. Dès qu'ils se déplacent pour des activités récréatives, associatives, les distances sont plus longues et supérieures à 800 mètres. Ces résultats corroborent ceux de l'étude canadienne sur Montréal (L. Richard. L. Gauvin, 2009) estimant une distance moyenne de 846 mètres parcourue pour la participation sociale. Ils se rapprochent aussi des distances mesurées par GPS par Pierre-Marie Chapon estimant à 500 mètres le rayon de mobilité quotidienne des aînés.

Tableau n° 9 - Pratiques spatiales des 75 ans et plus dans le 14ème

	Distance moyenne en fonction des types de déplacements	**Moyens de transports privilégiés lors des déplacements réguliers**	**Moyens de transports privilégiés lors des déplacements irréguliers**
Besoins quotidiens	500 m	Marche	
Courses exceptionnelles	>1000 m	Bus ou métro	Bus et métro
Soin de proximité	500 m	marche	
Soin de spécialistes		>1000 m	Bus/métro
Participation sociale	>800 m	Marche et bus tram	Marche et bus tram RER
Liens familiaux de proximité	De 200 à 1 000 m	Marche, bus	Métro RER
Autres liens familiaux	Vers les autres arrondissements	Marche bus métro	bus métro RER
Promenade seul ou à plusieurs - Parcs et squares	500 m	Marche	Bus

Source : enquête B.Nader2008-2009

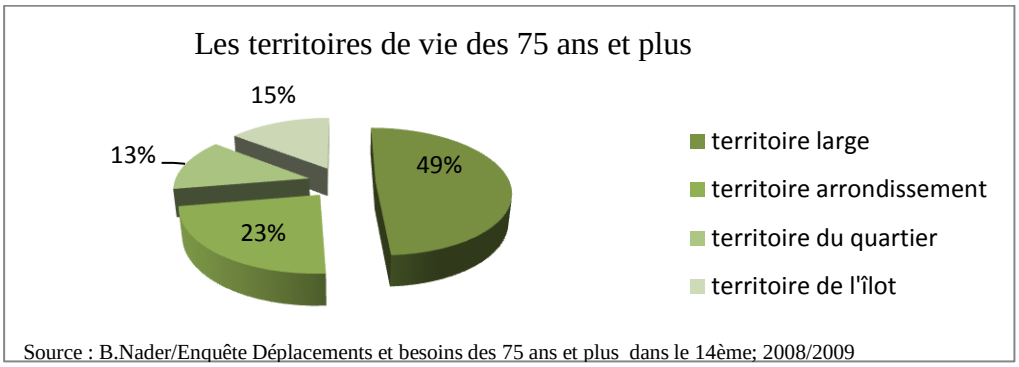
Les 75 ans et plus consultent dans leur arrondissement le médecin généraliste, souvent dans un rayon de 500 mètres. En revanche, les consultations de spécialistes se font souvent à l'extérieur de l'arrondissement, les personnes conservant les médecins qu'ils consultaient avant leur retraite. Pour certaines, les consultations dans les autres arrondissements participent de l'agrandissement de leur territoire de vie.

7.3.1.2 Des territorialités plurielles

Ces distances permettent de dresser un maillage territorial aboutissant à une typologie des territoires de vie des personnes âgées de 75 ans et plus dans le 14^{e}. Ces territoires sont à géométrie variable et illustrent une situation au moment de l'enquête. 72 % des 75 ans et plus ont un territoire de vie, qui s'étend au-delà de leur quartier d'habitation. Associées aux

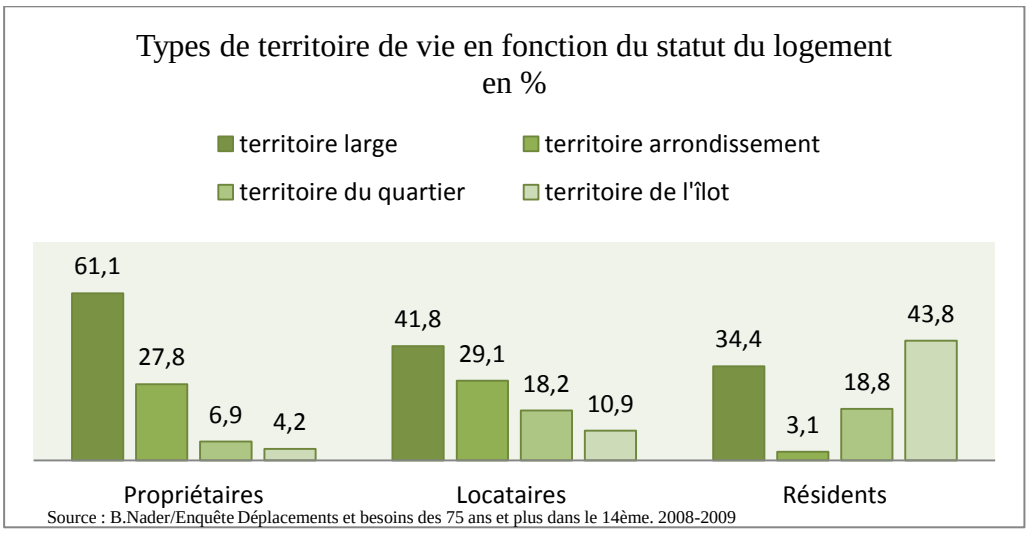
déterminants socio-économiques et sanitaires ainsi qu'à la perception du territoire, ces distances prennent alors tout leur sens.

Graphique n° 28 - Typologie des territoires de vie des 75 ans et plus



Source : B.Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème; 2008/2009

Graphique n° 29 - Territoires de vie des 75 ans et plus



Source : B.Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème. 2008-2009

Les territoires de vie liés à la mobilité

Le premier territoire est un territoire de vie élargi, celui *de l'exploration*: la moyenne d'âge est de 79,9 ans. Il concerne 49% des personnes interrogées. Ce sont les pratiques familiales qui élargissent le territoire : les enfants habitent dans un autre arrondissement ou en banlieue. 33,3 % conduisent pour s'y rendre ou partir en vacances. Tous les types de transports sont utilisés mais avec une préférence pour le bus. Les pratiques spatiales récréatives sont ici très développées, 86% ayant une activité régulière à l'extérieur du domicile. Il n'est pas rare de prendre deux à trois moyens de transport pour se rendre à son activité. Il faut noter l'extraordinaire dynamisme de la participation sociale : activités syndicales, bénévolat, la liste est longue et non exhaustive.

Lucie a 78 ans et habite à la limite entre le quartier du Petit-Montrouge et le quartier Plaisance. Elle vit seule dans son appartement, son fils habite en banlieue parisienne. Son territoire de vie est large : ses activités sont nombreuses entre les conférences à l'université et les cours de yoga. Ses difficultés pour marcher ne l'empêchent de prendre les transports en commun pour se rendre à ses activités. Sa participation sociale est le moteur de sa production de territoire. (Planche 1, tome 2)
Roger, 77 ans, est marié et couvre un large territoire. Il se déplace en voiture, son territoire de vie s'étend de Paris à la banlieue où vit une partie de sa famille. Il est engagé dans un parti politique et participe au conseil de quartier. (Planche 2, tome 2)

Le deuxième type de territoire est centré sur l'arrondissement, c'est celui de *l'ancrage territorial* pour 23% de l'échantillon. La moyenne d'âge est de 80,2 ans. La majorité est ici locataire (54%). 78,3% ont une activité à l'extérieur de leur domicile, en très grande majorité dans l'arrondissement. Les conducteurs sont moins nombreux et ne représentent que 13,5%. Le niveau d'étude est un peu moins élevé (48% baccalauréat et plus et 35% brevet). Les pratiques spatiales sont centrées sur l'arrondissement où souvent habitent les proches. Les personnes vont occasionnellement dans le centre de Paris en particulier au BHV avec le bus n°38. Les pratiques spatiales liées au soin contribuent à élargir le territoire : la visite chez le cardiologue au centre de Paris est l'occasion d'une promenade.

Paule a 81 ans et a toujours habité dans son quartier : ses activités récréatives et sportives sont nombreuses dans l'arrondissement qui lui offre toutes les commodités. Son territoire du quotidien est centré sur l'arrondissement qui s'élargit le week-end lorsqu'elle se déplace en RER vers Fontenay pour rendre visite à ses enfants et petits-enfants. (Planche3, tome 2)

Hélène a 75 ans et reste très active. Elle a de nombreuses activités qui se situent aux alentours du quartier où elle habite. Son espace du quotidien est bien plus large que la moyenne : elle se déplace le plus souvent possible à pied. (Planche 4, tome 2)

Les territoires du « chez soi »

Le troisième territoire est centré sur le quartier, c'est le territoire *du quotidien* dont les limites sont différentes pour chaque personne mais dont l'aire est proche de 500 mètres. 17% des personnes interrogées vivent dans ce type de territoire, la moyenne d'âge est de 82,7 ans. Ici la perception de la qualité de vie est moyenne pour 37% et mauvaise pour 37%. Ilots et quartiers sont représentés de la même façon, 50% chacun. 44% des personnes sont locataires

et 25,9% résident dans des résidences-services. Le niveau d'étude est plus hétérogène. 44.4% des personnes ont une activité à l'extérieur de leur domicile. Capucine et Raymond sont deux personnes dont les territoires de vie sont centrés sur le quartier. Tous les deux partent en vacances l'été, changeant alors de territoire.

Capucine a 82 ans. Elle est célibataire, espagnole d'origine, et part durant la période estivale en Espagne avec son frère. Son territoire de vie est centré sur la rue d'Alésia où elle a accès aux commerces de proximité. Elle n'a pas de participation sociale. Elle va parfois au cinéma à Montparnasse. Ayant tout à proximité, elle n'éprouve pas le besoin de s'éloigner de son quartier. (planche 5 tome2)

Raymond a 87 ans, il est veuf et habite le 14^{e} depuis toujours. Il a une double résidence et passe tout l'été dans sa maison en Charentes. Ses déplacements du quotidien sont centrés sur le quartier où il fait ses courses et retrouve ses amis au café. Son territoire de vie s'élargit lorsqu'il va voir son fils en banlieue, en transports en commun.

Le dernier territoire de vie est centré sur le domicile, l'îlot pour 14,5% de l'échantillon, la moyenne d'âge est de 85 ans. 65,3 % habitent en résidences-services. Le niveau d'études est faible, 45% ont un niveau proche du certificat d'études.

Violette est une artiste peintre, elle habite dans la résidence-services des artistes à Montparnasse. Son territoire de vie du quotidien est centré sur l'îlot. Elle sort de son domicile pour se rendre dans son atelier deux à trois fois par semaine dans la rue « d'à côté ». Son territoire de vie s'agrandit lorsque sa fille cadette (75 ans) vient la chercher en voiture, pour se promener à pied au parc du Luxembourg ou pour se rendre chez ses enfants en banlieue (planche 7, tome 2).

Rose a 90 ans et habite la résidence-services des arbustes à la porte de Vanves. Elle sort pour faire quelques courses et aller à la paroisse au bout de la rue. Ses déplacments sont de plus en plus irréguliers. Elle n'apprécie pas son quartier et n'a donc pas envie de s'y promener. (planche, tome 2)

Ces exemples montrent que les territoires sont à géométrie variables. Ces territorialités sont influencées par de nombreux facteurs.

7.3.1.3 Un rétrécissement territorial multifactoriel

On observe un rétrécissement du territoire avec l'avancée en âge. Sur les territoires larges et d'arrondissement, l'âge moyen se situe entre 79,9 ans et 80,2 ans. Lorsque le territoire se centre sur le quartier, l'âge moyen est de 82,7 ans. Lorsqu'il se centre sur l'îlot, la moyenne d'âge est de 85 ans.

85 ans est un âge de rupture tant dans la perception du territoire que dans l'utilisation des transports en commun, ou encore de la participation sociale.

Les facteurs économiques et sociaux comme la perception de son revenu ($p<0,001$), le fait d'être propriétaire, le niveau d'étude, l'ancienneté d'habitation (au-delà de 10 ans d'ancienneté dans le quartier, l'évocation d'un problème pour marcher ($p<0,001$), l'activité régulière ou non en dehors de son domicile influencent l'extension du territoire de vie, la fréquence des déplacements et ainsi la production de territoire. La question qui vient ensuite est celle du quartier : dans quelle mesure l'effet quartier s'opère-t-il dans les distances observées ? Les tris- croisés ne permettent pas d'établir un lien solide entre les territoires de vie et les quartiers. En revanche, ils établissent un lien les territoires de vie et la perception globale de son territoire (attachement, ancienneté, sécurité $p>0,001$.)

Ces résultats nous mènent à la représentation de ces territoires par les cartes mentales : comment les cartes traduisent-elles les mobilités et peuvent-elles illustrer le rétrécissement territorial que nous avons mis en évidence ?

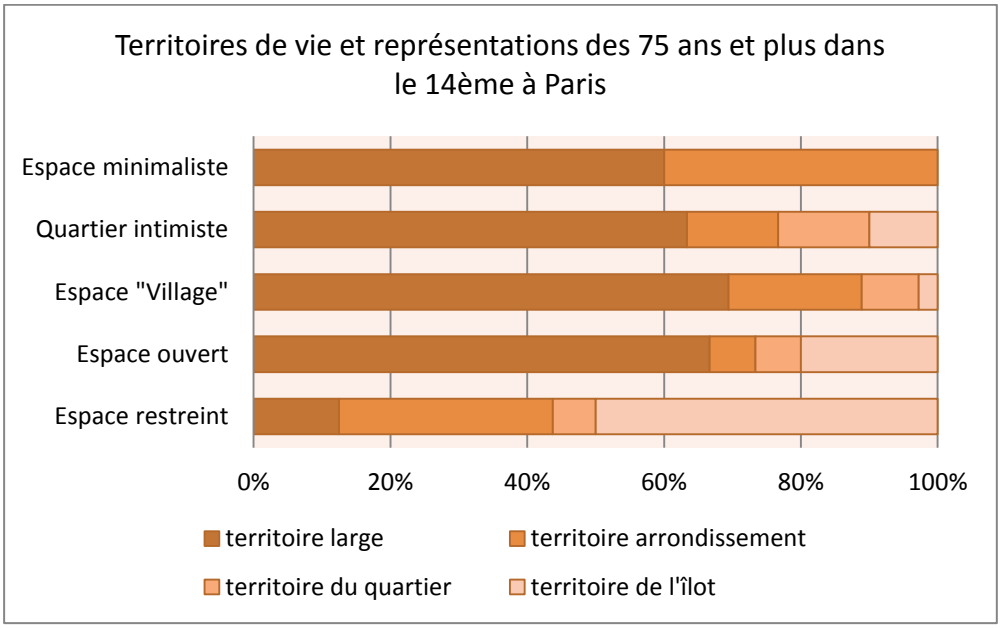
7.3.2 Représenter son espace vécu, son territoire

La carte mentale fut proposée aux personnes âgées à la fin de l'entretien : elle constitue un aboutissement de l'enquête, une matérialisation des échanges oraux ou écrits. Comment les aînés abordent-ils la notion de quartier ? Quels sont les liens entre perception et représentation du territoire ? Existe-t-il des différences significatives entre les cartes réalisées en entretien et celles réalisées par correspondance ? 58,4% des personnes ayant répondu par correspondance ont dessiné une carte mentale (52 personnes) contre 68,1% des personnes ayant participé à l'entretien (soit 47 personnes). Au total, 62,9% des personnes interrogées ont réalisé la carte mentale de leur espace vécu.

L'échelle utilisée, les informations dessinées sur la carte sont autant d'informations à prendre en compte pour analyser les cartes mentales. 29,7% des personnes ont représenté leur espace à l'échelle de l'îlot, 47,5% à l'échelle du quartier, 14,9% à l'échelle de l'arrondissement et

7,9% à petite échelle, celle de Paris et de sa banlieue. 73% des cartes sont dessinées sous forme de plan. La densité d'information sur la carte est également une information. Plus l'échelle est grande (à l'échelle de l'îlot), moins la carte est détaillée ($p > 0,001$) que ce soit en entretien ou par correspondance. Les liens les plus forts existent entre d'une part la représentation à l'îlot et le territoire de vie centré sur l'îlot, de l'autre un territoire de vie large et une représentation symbolique du village. Les représentations mentales correspondent bien aux territoires de vie objectifs établis d'après les déplacements des aînés ($p < 0,003$).

Graphique n° 30 - Représentation mentale des territoires de vie des 75 ans et plus dans le 14ème



La représentation-phare est celle du quartier correspondant au village où sont représentés les axes, les repères urbains, les commerces de proximité, les transports en commun et parfois les liens sociaux.

Lorsque le territoire de vie est large, les personnes le représentent sous forme d'organigramme : Armande, 76 ans dessine son territoire de vie avec des flèches pour représenter l'espace de ses mobilités (Planche 8, tome 2). La carte des pratiques spatiales nous montre l'extraordinaire dynamisme d'Armande. Sa carte représente un espace ouvert, tout comme celle de Louis.

Louis, 77 ans, conduit tous les jours. Il n'hésite pas à prendre sa voiture pour se promener à Meudon ou à Versailles. Il prend très peu les transports en commun. Il représente sur sa carte un organigramme et utilise des mots et des flèches pour matérialiser le territoire qu'il parcourt en voiture (planche 10, tome 2). La carte est peu détaillée mais dynamique.

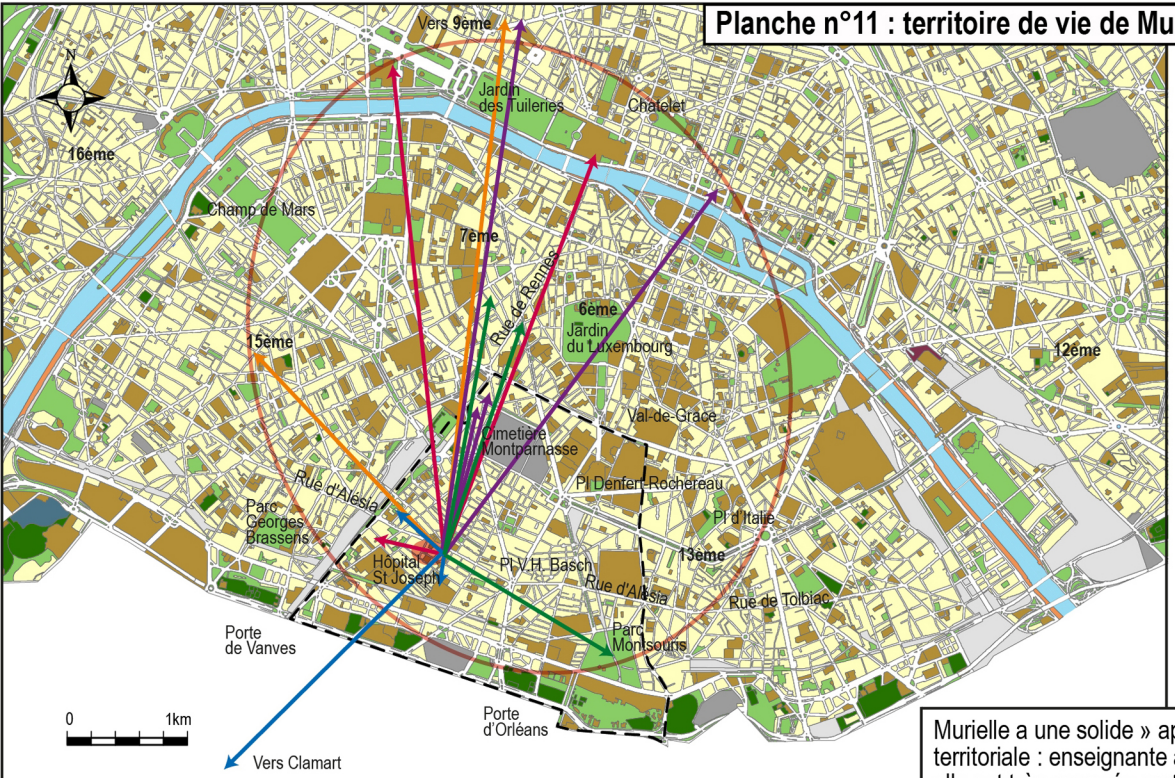
Le quartier est souvent représenté sous forme de plan. La carte mentale de Murielle symbolise un village. Elle utilise de la couleur, ce qui est peu commun dans les cartes dessinées. Elle représente les arbres, les parcs, les commerces de proximité. Son plan et très détaillé. Murielle a un territoire de vie large, mais elle dessine « son quartier », qui est son repère, dans lequel elle aime vivre (Planche ci-dessous correspondant à la planche 11, tome 2).

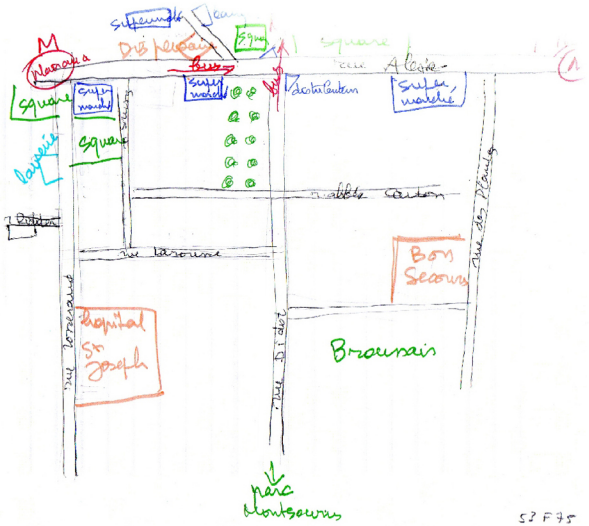
Certaines personnes ajoutent des flèches au plan de leur quartier pour matérialiser le trajet qu'elles effectuent au quotidien. Il s'agit souvent de personnes qui sont mobiles mais qui sont dans une période de difficulté. Elles semblent avoir besoin de s'appuyer sur le quartier. Pour certaines, c'est un signe de « routinisation ». Ces cartes « fléchées » sont surtout dessinées en entretien.

La carte de Marie illustre parfaitement ce type de carte (planche 12, tome 2). Marie est veuve et a arrêté ses activités liées à la participation sociale lorsque son mari est tombé gravement malade. Elle continue de jouer au bridge avec ses amies. Depuis son décès, elle hésite à reprendre une activité. Elle est très attachée à son quartier qui semble une canne, un support.

Lorsque le territoire est restreint, les cartes sont souvent peu détaillées, comme celle de Violette ou de d'Yvonne (planche 15, tome 2).

Planche n°11 : territoire de vie de Murielle, 75 ans





Carte mentale de Murielle, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Murielle à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Murielle a une solide » appropriation territoriale : enseignante à la retraite, elle est très engagée en tant que bénévole dans une association caritative mais aussi au sein du CICA de l'arrondissement pour représenter son association. L'été, Murielle part en Province dans sa maison de campagne. Elle est attachée à ce quartier qui correspond à ses attentes : la proximité des commerces, des lieux culturels et surtout la facilité pour se rendre dans le centre de Paris pour des activités culturelles ou bien pour rendre visite à ses enfants. Sa carte mentale est colorée et représente le quartier village.

(Correspondance)

Rue Didot ©GP/NN 2011

CONCLUSION

L'étude des pratiques spatiales de 75 ans et plus nous permet de mettre en exergue les dynamiques spatiales des aînés dans le 14^{e} arrondissement. Le rétrécissement du territoire existe en particulier à partir de 85 ans, période à partir de laquelle les difficultés liées à la motricité sont plus grandes. L'étude des déterminants socio-économiques de la santé perçue nous montre combien les facteurs personnels influencent les mobilités et la perception du territoire. Mais les résultats montrent surtout des territorialités contrastées et à géométrie variable. Les 75 ans et plus produisent encore leur territoire : le rétrécissement est souvent une adaptation et non un deuil. Les personnes dont les territoires de vie sont vraiment restreints traversent des périodes difficiles qui les ont fragilisées à la suite d'un accident de santé, d'un deuil.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

L'enquête qualitative nous a permis de collecter de nombreuses informations sur les 75 ans et plus du 14e arrondissement. Le questionnaire et la carte mentale sont complémentaires. Les différents résultats apportent des informations collectives sur l'ensemble des 75 ans et plus, comme les caractéristiques socio-économiques, les types d'activités liés à la participation sociale et aux mobilités quotidiennes. Ces données sont aussi individuelles et apportent des éléments de compréhension sur les déterminants qui influencent la qualité de vie et le bien-être sur un territoire.

L'analyse des déplacements nous a conduit à créer une typologie de territoire de vie. Les cartes mentales les illustrent de façon variées et pertinentes. Le quartier est la représentation-phare des trois quarts des personnes interrogées. Les cartes mentales illustrent aussi le rétrécissement du territoire, puisque l'on constate un lien significatif entre l'échelle représentée sur la carte et les mobilités évoquées.

PARTIE III.
L'APPROPRIATION DU TERRITOIRE : UN OBSERVATOIRE DE L'INTÉGRATION DES AÎNÉS ET DE LEUR QUALITÉ DE VIE DANS LE 14E

Introduction

Nous parvenons dans cette dernière partie, au diagnostic territorial du 14^{e} arrondissement. L'enquête a apporté des matériaux précieux qui vont nous maintenant permettre d'analyser l'appropriation territoriale des aînés dans leur arrondissement. L'étude des déterminants nous conduit à proposer un indice d'appropriation territoriale qui prend en compte les déterminants de la qualité de vie, les mobilités et la perception de l'environnement (chapitre 8). Nous analyserons le fonctionnement de la participation sociale des 75 ans et plus dans l'arrondissement (chapitre 9). Nous aborderons ensuite les différents besoins territorialisés des 75 ans et plus, auxquels il faut répondre pour améliorer leur intégration dans l'arrondissement (chapitre 10). Ce diagnostic nous mènera vers une réflexion plus globale sur la nécessaire mise en place d'une politique territoriale du vieillissement.

CHAPITRE 8
L'APPROPRIATION TERRITORIALE : BAROMÈTRE DE L'INTÉGRATION ET DES BESOINS ASSOCIÉS DES AÎNÉS DANS LE 14E

INTRODUCTION

L'étude des pratiques spatiales des personnes âgées met en valeur le dynamisme des aînés. Les territoires de vie sont à géométrie variable et sont la matérialisation du processus d'appropriation territoriale. Les liens établis entre les territoires de vie et les représentations mentales montrent une relation entre perception, appropriation et représentation du territoire.
L'appropriation territoriale est un baromètre de l'intégration des aînés dans notre société. Il s'agit ici d'explorer une piste de recherche, c'est-à-dire comprendre dans quelle mesure la perception du territoire constitue un déterminant majeur dans le rétrécissement du territoire et en quoi la représentation mentale est un complément pour diagnostiquer une situation de fragilité et les besoins associés.

8. 1 L'APPROPRIATION TERRITORIALE ET SES REPRÉSENTATIONS : UN OUTIL DE DÉTECTION DE LA FRAGILITÉ DES AÎNÉS

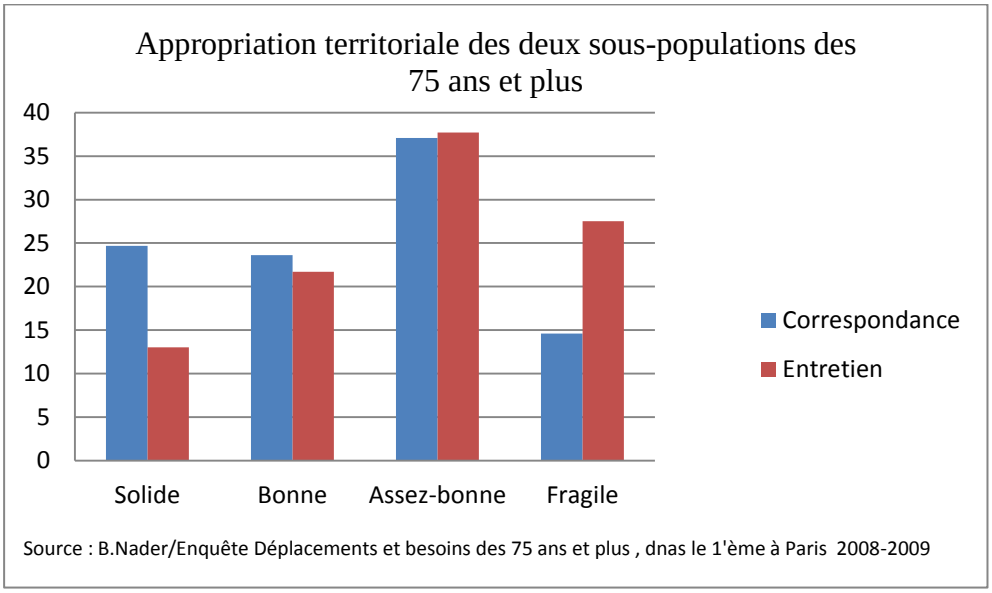
8.1.1 Les déterminants de l'appropriation territoriale

8.1.1.1 Indice d'appropriation territoriale et répartition spatiale

L'intégration territoriale associe les déterminants socio-économiques, la santé perçue mais également la perception de son territoire, les distances parcourues et l'âge. La classification ascendante hiérarchique a mis en évidence quatre degrés d'intégration territoriale. Pour l'ensemble de l'échantillon, 20,1% ont une intégration solide, 22,6% une bonne intégration,

37,1 % une assez-bonne intégration, 20,1% ont une intégration fragile. Dans les deux modes d'enquête, on retrouve les tendances du chapitre 7, c'est-à-dire une sous-population par correspondance s'illustrant par une solide intégration (24,7%) et une population en entretien où une part importante est considérée comme fragile (27%) (Graphique n° 31). Parmi la sous-population en entretien, les personnes vivant en résidence-services ou résidences-appartement ont les résultats les plus faibles : aucune personne n'a d'intégration solide, 15,6% ont une bonne intégration, 37,5 % une assez-bonne intégration et 46,9% ont une intégration fragile. En considérant la sous-population par entretien, sans les habitants des résidences-services ou appartement, l'intégration fragile reste plus élevée que dans la sous-population par correspondance.

Graphique n° 31 - Appropriation territoriale des deux sous-populations des 75 ans et plus



Les différents tris croisés et le calcul des scores avaient montré des disparités entre quartiers dans le chapitre 7. En considérant les différents quartiers sélectionnés, le tri croisé entre quartiers et l'indice d'appropriation territoriale met en valeur une attraction entre la Porte de Vanves et l'indice fragile pour l'ensemble de l'échantillon. En ne considérant que les personnes à domicile, le PEM établit un lien entre le quartier du Petit Montrouge et une assez bonne appropriation, un autre entre le quartier de la Porte de Vanves et une appropriation fragile, et enfin un dernier entre une solide appropriation et le quartier de la rue de la Tombe Issoire.

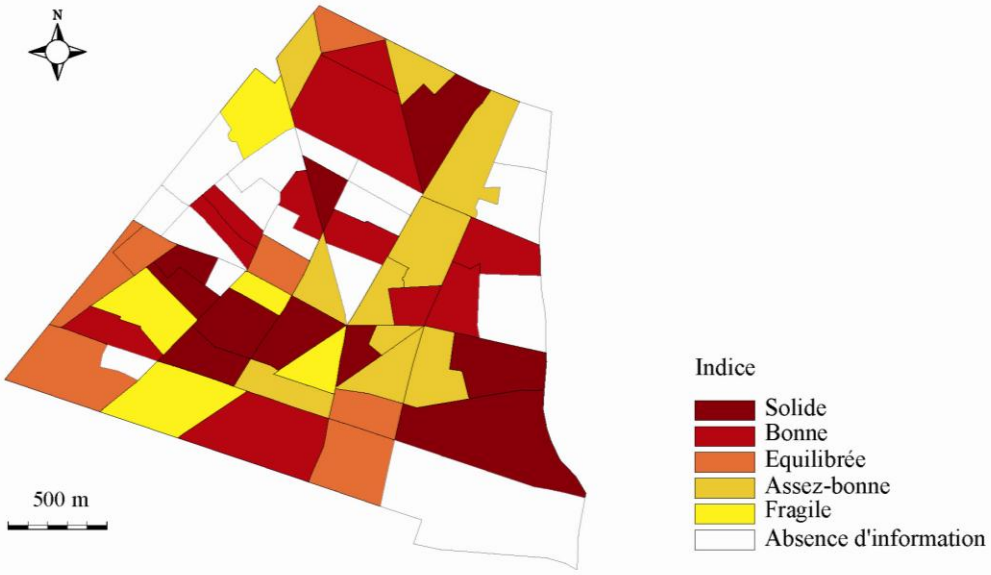
La cartographie de cette tendance permet de préciser davantage notre analyse. La classification hiérarchique par correspondance réalisée sous Philcarto à l'échelle de l'IRIS

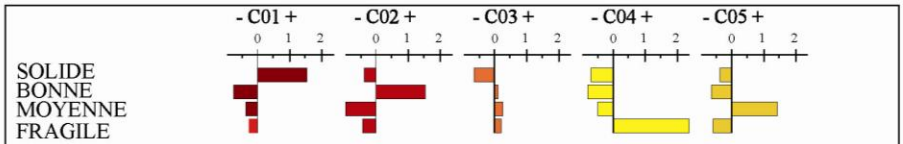
illustre une véritable mosaïque : chaque IRIS est colorié en fonction de la répartition des types d'indice dont les écarts-types à la moyenne sont plus ou moins importants. Les IRIS coloriés en rouge foncé représentent les unités spatiales dans lesquelles la moyenne de l'indice d'intégration solide est supérieure à 1,5 écart-types. Les écarts à la moyenne sont plus importants dans les IRIS coloriés en jaune où les écarts sont de plus de deux écarts-types par rapport à la moyenne : cinq IRIS sont concernés dont l'un abrite la résidence-services des Arbustes, les autres des HLM. La carte de la répartition par point précise davantage cette mosaïque à l'échelle micro-locale. Il existe collectivement une tendance, que ce soit pour les quartiers gentrifiés (Montparnasse, Petit-Montrouge ou bien Tombe Issoire) ou pour le quartier Politique de la Ville de la Porte de Vanves. La répartition individuelle montre une grande diversité des indices d'appropriation territoriale au sein des IRIS (Carte n° 21). Ainsi, l'effet quartier amplifie les difficultés personnelles.

Quel que soit le quartier, l'appropriation territoriale dépend d'une association de facteurs (conditions socio-économiques, perception du revenu, niveau scolaire et trajectoire de vie de la personne) : l'effet quartier se superpose aux caractéristiques personnelles et devient discriminant à l'apparition d'une fragilité, comme un décès, un déménagement, ou un problème de santé passager. En considérant les territoires de vie et les types d'intégration, les attractions sont majeures entre le territoire de l'îlot et la faible intégration ainsi qu'entre un territoire large et une solide intégration ($p < 0,001$). Les mobilités et la perception du territoire sont les déterminants d'une plus ou moins bonne appropriation du territoire.

Carte n° 21 - Indice d'appropriation des 75 ans et plus dans le 14ème

Indice d'appropriation territoriale des 75 ans et plus dans le 14ème arrondissement à Paris par IRIS

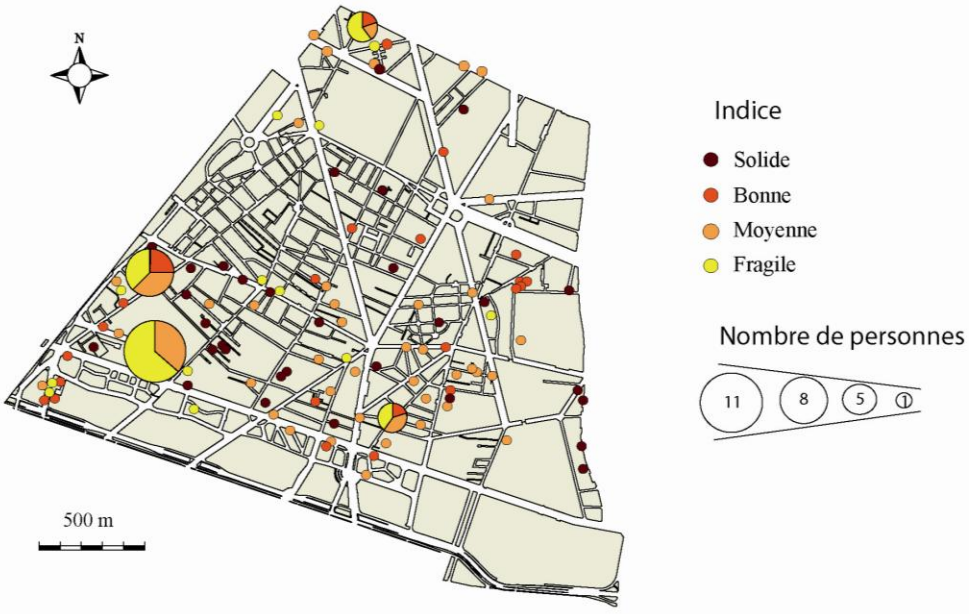




Chaque bâton représente la distance de la moyenne de chaque classe à la moyenne générale.
Cette distance est exprimée en nombre d'écarts-types de chaque variable.

CAH par correspondance par IRIS - Philcarto/fond de carte APUR 1999 ©B.Nader 2011

Indice d'appropriation territoriale des 75 ans et plus par point



Source : Enquête B.Nader/Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème à Paris.

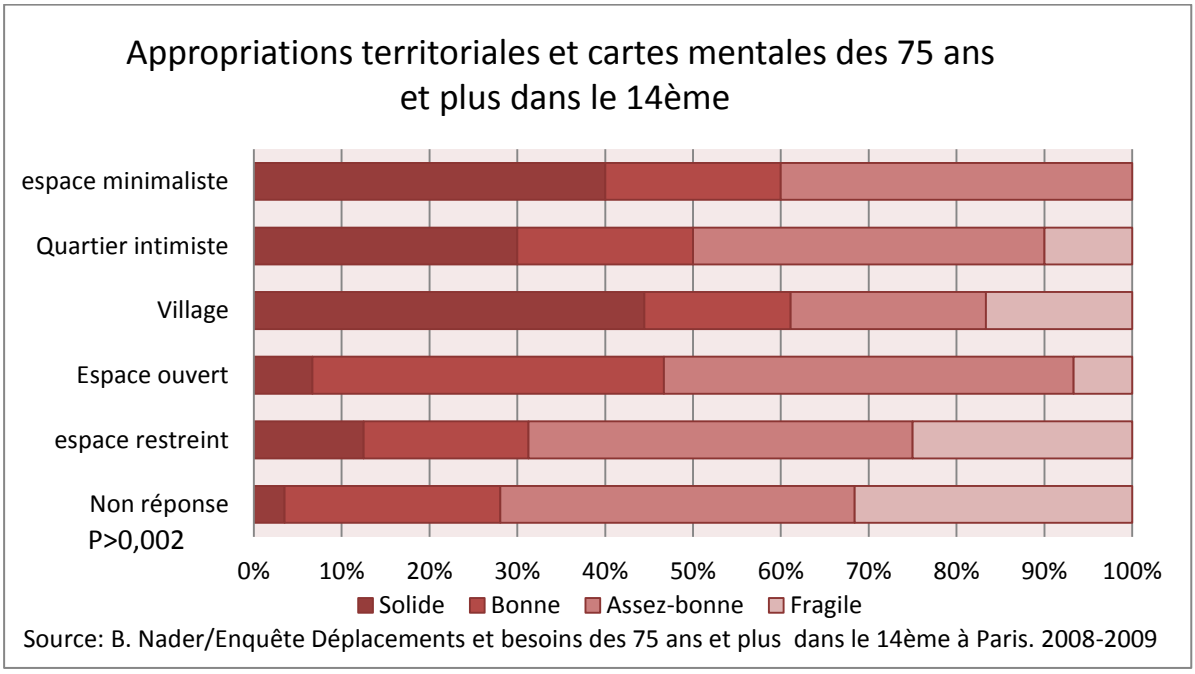
8.1.1.2 Appropriation territoriale et représentation mentale

L'analyse des cartes mentales établit une correspondance entre l'échelle de la représentation et les territoires de vie formés par les pratiques spatiales. La carte mentale est-elle révélatrice des fragilités des personnes ?

Le Graphique n° 32 met en relation les types de cartes mentales et les indices d'appropriation territoriale. La première information majeure est la prise en compte des personnes n'ayant pas produit une carte mentale : 24 % d'entre-elles ont un indice fragile, 30% un indice assez-bon. On peut estimer que la moitié d'entre-elles ont des fragilités plus ou moins importantes. Le fait de ne pas dessiner sa carte mentale peut être interprété comme un élément de fragilité sociale, médicale ou cognitive. Ces personnes ont toutes un territoire de vie centré sur l'îlot. Celles qui ont une solide ou bonne intégration refusent tout simplement de se prêter au « jeu » par incompréhension de l'exercice.

Les cartes mentales « espace restreint » sont les cartes où les attractions sont les plus fortes avec l'indice « fragile »

Graphique n° 32 - Appropriations et cartes mentales des 75 ans et plus dans le 14e



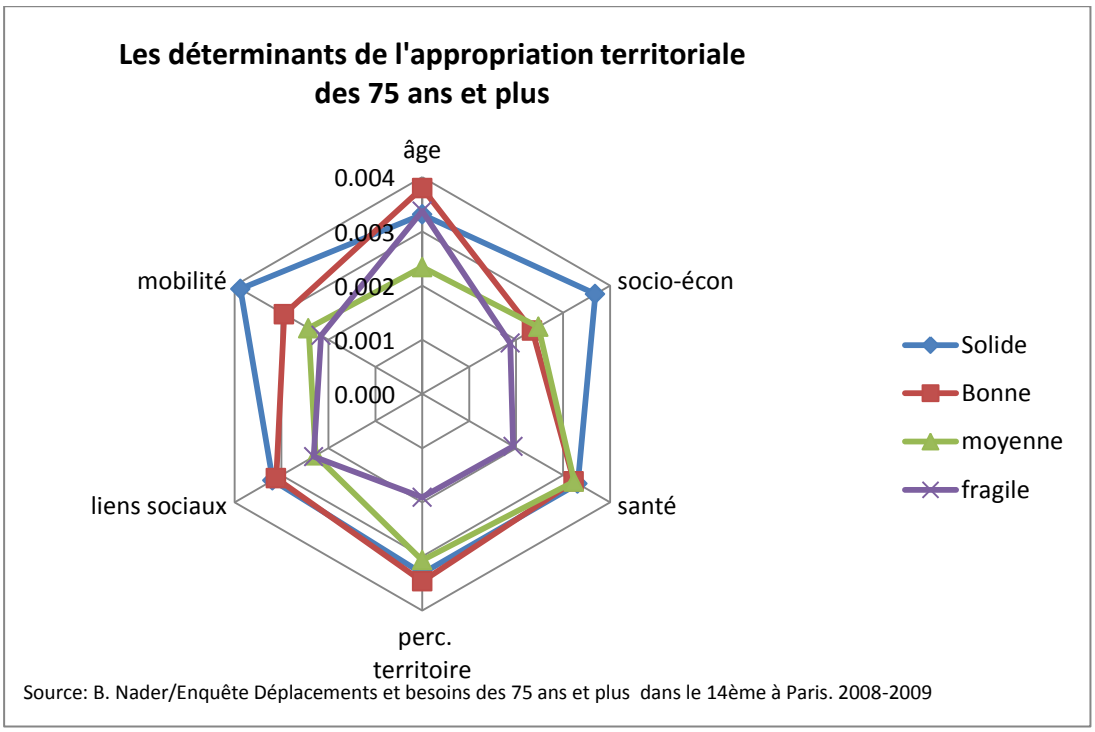
Source: B. Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème à Paris. 2008-2009

La mise en relation des cartes mentales et des territoires de vie couplés avec l'indice d'appropriation territoriale est une ressource précieuse pour mieux comprendre comment se rétrécit le territoire , et avec lui, une certaine déprise territoriale voire une désappropriation de l'espace.

8.1.2 Des intégrations territoriales contrastées

Chaque type d'intégration est la somme de déterminants dont le poids est variable selon les individus. La classification ascendante hiérarchique permet de regrouper les personnes en fonction de leurs ressemblances. Le calcul des barycentres de chaque score indique leur poids respectif dans les différents types d'intégration. Le Graphique n° 33 cartographie les barycentres.

Graphique n° 33 - Le rôle des déterminants dans l'appropriation territoriale des 75 ans et plus



Source: B. Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème à Paris. 2008-2009

Classe	Score âge	Score Socio-éco	Score santé	Score Perc.terr	Score liens sociaux	Score mobilité
1= solide	3,313	**3,688**	3,313	3,313	3,188	**3,875**
2= Bonne	3,800	2,343	3,229	3,457	3,114	2,943
3= Moyenne	2,339	2,475	**3,237**	**3,068**	2,271	2,424
4= fragile	3,375	**1,875**	**1,938**	**1,906**	2,313	2,156

Source : B.Nader/Enquête Déplacements et besoins des 75 ans et plus dans le 14ème à Paris. 2008-2009

Dans la perception moyenne, ce sont les scores santé et perception du territoire qui sont les plus importants : les personnes sont plus âgées, ont une mobilité plus faible mais une bonne perception de leur santé et de leur territoire, ce qui contribue à leur bien-être au sein de leur espace vécu. Ainsi pour la classe 4 dite « fragile », l'âge n'entre pas en considération. En revanche, les déterminants socio-économiques, la mauvaise perception de la santé et la mauvaise perception du territoire sont plus discriminants que les liens sociaux ou les mobilités limitées. Les personnes à l'intégration moyenne sont plus âgées et ont les liens sociaux moins importants que les autres personnes. Ce qui distingue le plus la « bonne » de la « solide » appropriation sont les déterminants socio-économiques et la mobilité.

8.2 DES APPROPRIATIONS TERRITORIALES CONTRASTÉES

Chaque type d'intégration s'explique par une conjonction de facteurs personnels qu'il nous fait mettre en exergue par les profils sur modalités de MODALISA.

8.2.1 Les caractéristiques d'une appropriation territoriale « solide »

20,1% des personnes interrogées ont une appropriation solide : la moyenne d'âge est de 79,5 ans. Leurs territoires de vie sont larges ou centrés sur l'arrondissement. L'analyse des profils sur modalité met en évidence certaines variables : 70% des personnes sont propriétaires, le niveau d'études est élevé pour 63% d'entre-elles. Les scores sont bons à très bons en particulier pour le score mobilité (81%). Les personnes sortent plusieurs fois par jour et ont une activité extérieure à leur domicile pour 64% d'entre-elles. Leur territoire de vie est large pour 82% d'entre-elles. Ce sont plutôt des hommes, ce qui explique les liens établis avec le bricolage. Cette appropriation se traduit par une représentation mentale sous forme de village (PEM 29%). Les moyens de transport, les carrefours et les places sont indiqués clairement sur les cartes mentales. Les repères territoriaux sont bien présents et matérialisent l'appropriation de l'espace : ici, les personnes n'ont pas besoin de matérialiser leurs déplacements par des flèches. Les attractions soulignées par le PEM et les KHI² locaux sont nombreuses et montrent l'extraordinaire dynamisme des 75 ans et plus (Tableau n° 10).

Tableau n° 10 - Profil sur modalité d'une appropriation territoriale « solide »

Questions	Modalités	Eff.	Ecarts	Khi2	PEM	Test Khi2 local
variables						
Sexe	H	12	5	3,887	21	••
Type habitat	Immeuble	31	6	1,464	86	•••
Statut	propriétaire	27	12	9,391	70	•••
Gardien	Non	15	6	4,731	27	•••
Statut marital	Marié(e)	13	7	7,327	27	•••
Niveau études	post bac	24	14	18,711	63	•••
Problème pour marcher	NON	23	6	2,197	40	••
Fréquence des sorties	plusieurs fois par jour	25	7	2,316	48	•••
Taxi	rarement	27	8	3,169	61	•••
Utilisation des services	magasin de bricolage	15	5	2,958	24	•
CSP	cadres et prof intellectuels sup.	21	13	23,311	55	•••
Activité extérieur domicile	oui	29	5	1,161	64	••
Attachement au quartier	il y a toutes les commodités, commerces et transports	21	8	4,68	19	•••
Territoire de vie	territoire large	29	13	11,271	82	•••
Cartes mentales						
Carte mentale	oui	30	10	4,845	83	•••
Type de carte	plan	27	5	1,146	63	••
Carrefours/places	oui	26	6	1,732	60	•••
Moyens de transport	oui	19	6	2,691	35	••
Mobilité flèche	non	26	6	1,984	86	•••
Types cartes mentales	Village	17	5	2,532	29	••
Bilan par scores						
score socio-éco	très bon	22	15	31,755	60	•••
score territoire	bon	18	6	2,444	28	••
score liens sociaux	très bon	12	6	6,509	27	•••
score mobilité	très bon	28	17	25,896	81	•••

Véronique a 86 ans, son indice d'appropriation territoriale est solide : cette ancienne journaliste est investie dans plusieurs associations dont l'école des grands-parents, Old-up et est bénévole dans le comité des retraités du PPE du 14e arrondissement. Ses déplacements quotidiens sont centrés dans un rayon de 600 mètres. Ses activités liées à sa participation sociale élargissent son territoire. Ses déplacements liés aux soins sont larges : les consultations de spécialistes sont réparties dans plusieurs arrondissements. Véronique part en vacances avec les membres de sa famille. Sa perception du territoire est très bonne : elle considère son quartier comme un village « *C'est un petit village, un merveilleux quartier aéré, je connais des tas de gens, c'est commode* ». La carte mentale est précise tant dans la localisation des commerces de proximité que dans celles des arrêts de bus ou de métro. L'espace vécu est centré en partie sur son quartier, support de son appropriation et de sa mobilité (planche 14, tome 2).

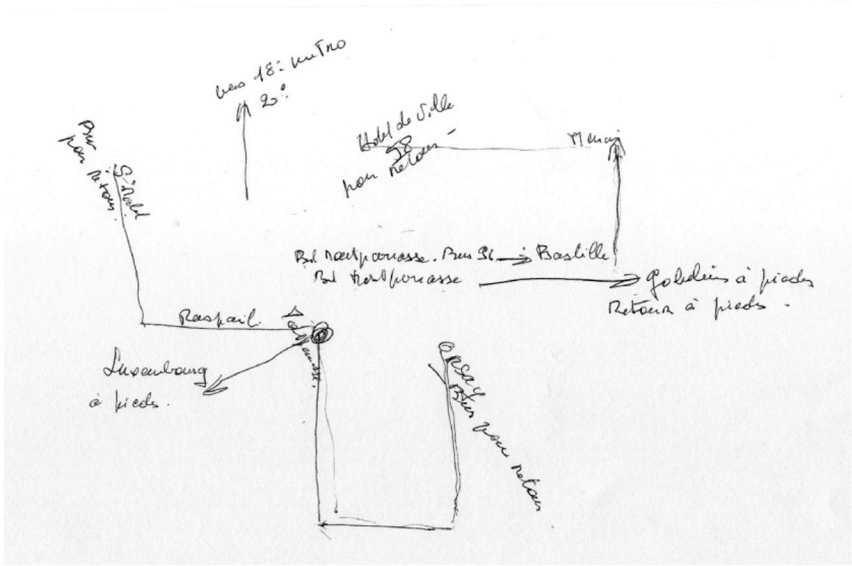
Jean a 80 ans, conducteur régulier, il part en vacances en voiture. Son territoire de vie est large, son niveau scolaire est élevé, il habite à Plaisance depuis plus de 30 ans. Il a des activités extérieures à son domicile, il fréquente les bibliothèques. Il n'hésite pas à traverser tout Paris pour consulter des spécialistes. Sa carte mentale représente un îlot élargi où les commerces de proximité, les moyens de transports organisent l'espace. La proximité des commerces rendent attractif son quartier, il a tout sous la main. Ici la carte mentale est précise et montre le type intimiste, emblématique des cartes dessinées par les hommes (planche 16, Tome 2)

8.2.2 Les caractéristiques de la « bonne » appropriation territoriale

22,6% de l'échantillon ont une bonne appropriation territoriale, le profil sur modalités souligne certaines variables : ce sont plutôt des personnes qui vivent en couple, elles sont jeunes, en moyenne 77 ans et n'ont pas de problème pour marcher. Elles ont une bonne connaissance des activités organisées par le CASVP et participent pour 22% au club sénior. Très mobiles, elles n'imaginent pas se faire accompagner dans les transports en commun. Le score économique est moyen mais les liens sociaux et la perception du territoire est bonne. 47,2% ont un territoire large, 36,1% un territoire centré sur l'arrondissement : les déterminants socio-économiques sont moins discriminants car le territoire est ici un support de l'appropriation du territoire. Nous voyons ici l'impact de la participation sociale et de la perception du territoire dans les mobilités.

Nathalie a 83 ans. Elle habite dans la résidence-appartement des Artistes, à Montparnasse. Son territoire est large, elle marche beaucoup et n'hésite à pas à prendre les transports en commun pour traverser Paris. Sa carte mentale reflète son dynamisme, elle dessine par des flèches les trajets qu'elle effectue à pied jusqu'à Saint-Michel dans le 6^{e} ou jusqu'aux Gobelins dans le 13^{e} ou encore jusqu'au Bazar de l'Hôtel de Ville dans le 4^{e} (BHV). Pour le retour, elle prend le bus. Elle ne représente pas son quartier, mais bien ses mobilités, son territoire de vie dans lequel elle se déplace (planche 17 ci-dessous et tome 2).

Planche n°17 : territoire de vie de Nathalie, 83 ans



Carte mentale de Nathalie, type village

Nathalie a une «bonne appropriation territoriale». Elle habite dans la Résidence-appartement des Artistes. Elle apprécie son appartement et le quartier. Cet artiste peintre peint à son domicile, elle est passionnée. Elle marche beaucoup dans Paris et le précise dans sa carte mentale où elle trace les trajets qu'elle aime effectuer. *(Entretien)*

Place du 25 aout 44 : le centre commercial
©B.Nader 2011

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Nathalie

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Solange a 77 ans et dessine son territoire de vie à l'aide d'un dessin. Elle a déménagé il y a 5 ans pour venir habiter dans ce quartier qui lui plaît tant. De sa fenêtre, elle voit la tour Eiffel qu'elle fait figurer dans sa carte mentale. Elle participe aux activités de la Maison Ouverte à son rythme : elle apprécie le fait de ne pas être obligée de venir par un abonnement. Son territoire de vie est centré sur l'arrondissement. Sa perception du territoire et ses mobilités l'aident à dépasser les difficultés de santé qu'elle vient de traverser (planche 18, tome 2).

Tableau n° 11 - Profil sur modalités d'une « bonne » appropriation territoriale

Variables	Modalité	Effectifs	Ecarts	Khi2	PEM	Test Khi2 local
Vie_seul	Non	14	6	4,197	21	••
Aide	Personne	26	8	3,794	45	•••
Marche	NON	26	7	2,563	41	•••
Tranche d'âge	75-79	32	16	17,169	80	•••
Variables liées à la participation sociale						
Places de spectacle gratuites	je connais	28	8	2,848	15	••
Activités de loisirs des clubs séniors	je l'utilise	15	6	4,835	22	••
Activité extérieur domicile	oui	32	5	1,045	57	••
Accompagnement dans les transports	non	30	6	1,345	100	•••
Bilan						
Score econ	moyen	17	7	4,553	26	•••
Score territoire	très bon	18	6	3,293	26	••
Score liens sociaux	très bon	13	6	6,305	29	•••
Score mobilité	bon	15	7	5,755	25	•••

Ainsi les bonne et solide appropriations territoriales soulignent-elles l'importance de la participation sociale, des liens sociaux dans l'appropriation de l'espace et ainsi la qualité de vie et le bien-être.

8.2.3 Caractéristiques d'une « assez bonne » appropriation territoriale

37,1% des personnes interrogées ont une appropriation moyenne. La moyenne d'âge est bien plus élevée, 84,9 ans. Ce sont plutôt des personnes qui vivent seules, un quart sont célibataires ou sans enfants. La santé perçue est relativement bonne, le score de mobilité est moyen, le score « lien social » est le plus faible. En revanche, les scores les plus élevés sont ceux de la perception du territoire et de la santé. Parmi eux, 61% ont dessiné une carte mentale. Les cartes intimistes dominent (33,3%), ensuite celle représentant le village (22,2%) et enfin celles représentant un espace restreint (19,4%). Ici le niveau scolaire est moins élevé, les personnes ont moins d'activités à l'extérieur de leur domicile. Les territoires de vie sont variés mais contrairement aux deux types précédents, les territoires de vie centrés sur le quartier ou sur l'îlot dont davantage représentés.

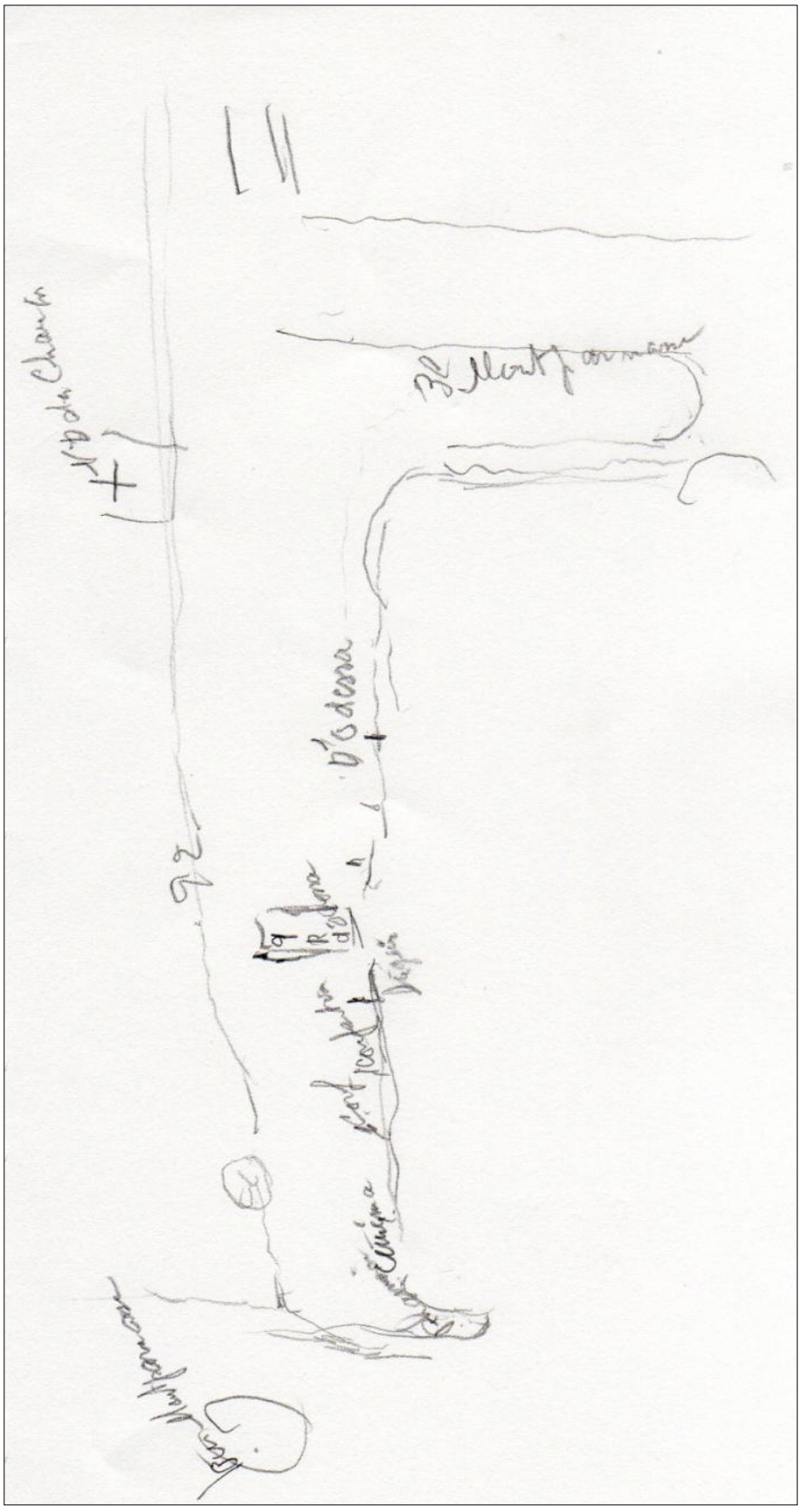
Evelyne a 88 ans et une « assez-bonne » appropriation territoriale. Veuve, elle vit seule et est bien entourée par ses enfants et petits-enfants. Ayant toujours été bénévole lorsqu'elle élevait ses enfants, elle continue toujours son bénévolat à la Paroisse SaintPierre de Montrouge. Son réseau amical est très développé entre les amis du 14^{e} et ceux qui sont en banlieue où dans le 16^{e} arrondissement. Elle se déplace alors en métro et en RER. Elle est très attachée à son quartier « *je me sens chez moi, j'ai mes habitudes, je ne suis pas une inconnue, je parle dans la rue , on se salue, je trouve cela très agréable* ». Elle redoute cependant l'indiscipline des vélos et des scooters rue Jean Moulin qui génère un sentiment d'insécurité. Elle dessine sur sa carte un triangle entre l'Eglise Saint-Pierre de Montrouge, la Porte d'Orléans et la Porte de Châtillon. Son quartier est représenté sous la forme d'un village : elle a tout à proximité (planche 19, tome 2).

Tableau n° 12 - Profil sur modalités, type « assez bonne » appropriation

Question	Modalité	Effectifs	Ecarts	Khi 2	PEM %	Test Khi2 local
Variables						
Tranche d'âge	85-89	28	16	21,9	80	•••
Quartier	Petit-Montrouge	20	7	3,786	32	•••
Vie_seul	Oui	54	8	1,531	63	•••
Statut marital	Célibataire	21	6	2,554	24	••
Enfants	Non	25	7	2,793	24	••
Niveau études	brevet	25	7	2,687	23	••
Santé perçue	Bonne	29	6	1,562	17	•
Problème de vue	non	44	7	1,241	31	••
Difficulté pour comprendre une conversation à plusieurs	non	33	9	3,008	26	•••
Variables liées à la participation sociale						
Possibilité activité	non	40	6	1,007	35	••
Activité extérieur domicile	non	23	9	5,026	35	•••
Carte mentale						
type carte mentale	restreint	12	6	6,335	55	•••
Bilan par scores						
score liens sociaux	moyen	33	11	5,177	29	•••
score mobilité	moyen	25	7	2,901	24	••

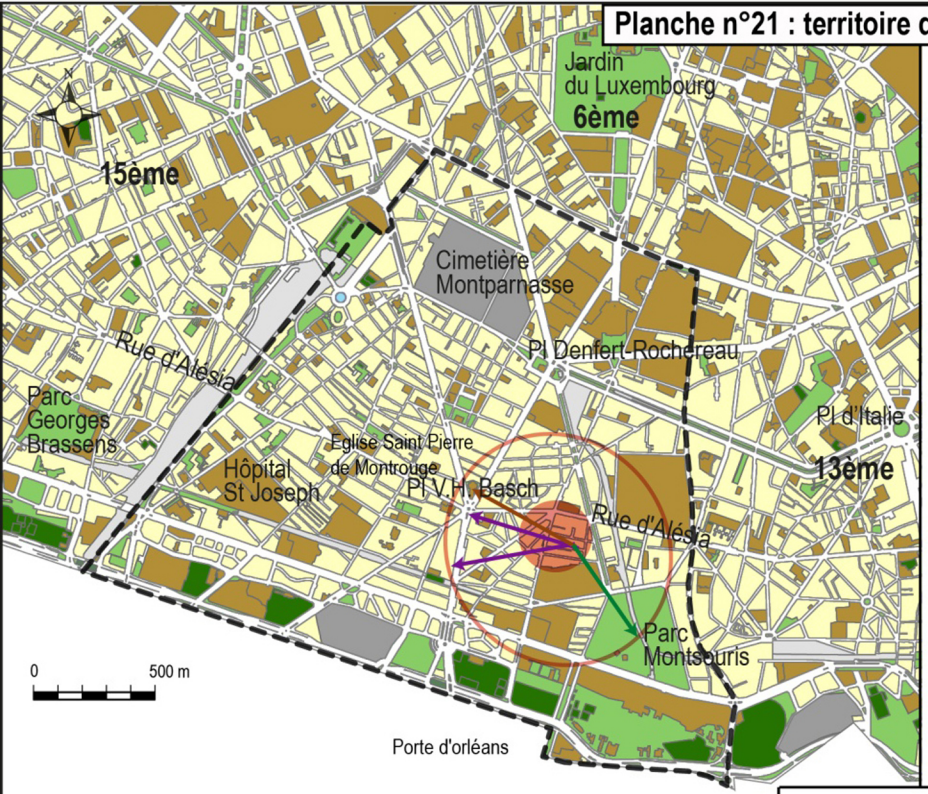
Emma a 102 ans, elle est la doyenne de notre échantillon. Au départ nous ne savions pas si nous la laissions dans les résultats car lors de l'entretien, elle nous a déclaré ne plus sortir seule. Elle ne sort qu'accompagnée par son voisins : elle ne fait plus ses courses, elle ne sort que pour « se dérouiller les jambes ». On pourrait s'attendre à un indice d'appropriation fragile, pourtant elle s'insère dans le groupe moyen : sa perception du territoire est très bonne. Elle vit dans son quartier depuis plus de 40 ans : cette bretonne habite près de la gare Montparnasse qui fut pour sa famille le point d'ancrage parisien. Bien que sa mobilité soit réduite , elle conserve une très bonne percpetion de son quartier auquel elle est attaché par ses souvenirs. Lorsqu'elle dessine la carte mentale, elle s'arrête à chaque commerce de proximité et relate les histoires de quartiers de la mercière, de la boulangère. A chaque sortie, les commerçants la reconnaissent, l'îlot est ici un véritable repaire, lieu de ses sociabilités. Cette personne nous permet d'aller plus loin : ici il y a rétrécissement du territoire de vie mais non désappropriation. Ses arrières petits enfants lui apportent régulièrement des photos de Paris, les nouvelles : son lien avec le territoire est toujours effectif, ce qui lui permet de s'évader à sa façon et de rester intégrée à sa manière dans son espace vécu. L'arrêt des sorties ne veut pas forcément dire désappropriation : la perception du quartier, ses souvenirs et ses connaissances lui laissent une certaine emprise sur l'espace qui entoure son domicile.

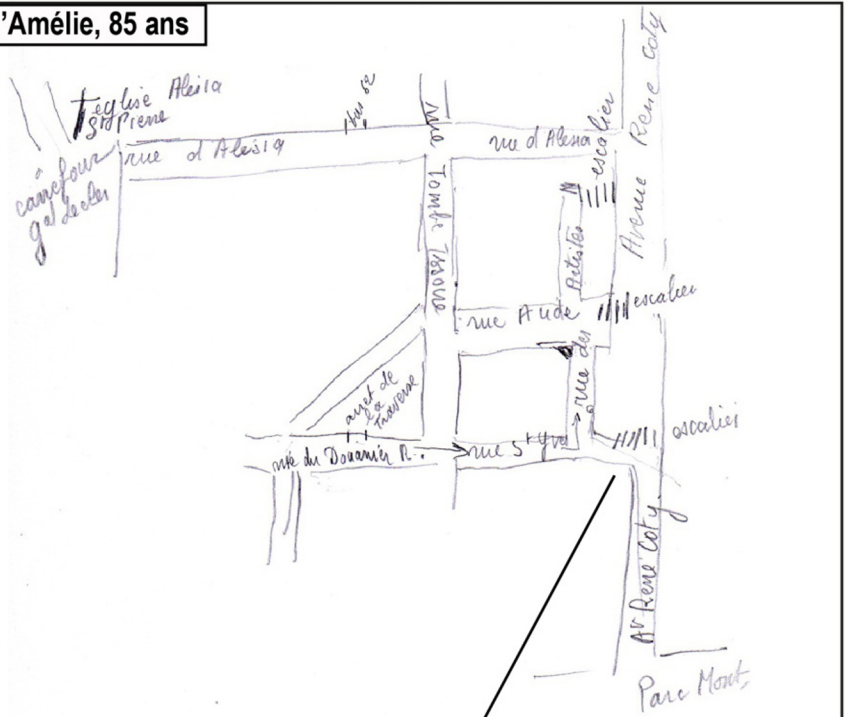
Carte n° 22 - Carte mentale d'Emma, 102 ans, assez bonne appropriation territoriale



Amélie a 85 ans et a des difficultés pour se déplacer. Le rétrécissement du territoire est ici matérialisé par les escaliers (visibles sur la photographie de la planche 21) qu'elle ne peut plus emprunter avec sa canne et son caddie, ce qui l'oblige à marcher plus longtemps, à faire un détour, à utiliser une autre stratégie pour rejoindre le bus. Bien qu'accompagnée d'une jeune femme dans ses déplacements, elle se sent fragile et redoute les sorties. Le territoire est ici un support complexe : y vivant depuis plus de trente ans, elle est attachée à son quartier, mais regrette l'éloignement des commerces de proximité et subit le territoire, qui devient ici discriminant. L'absence de participation sociale réduit encore davantage son territoire de vie : « A mon âge il est difficile de se faire des amis…mais j'aimerais bien rencontrer des gens… » Certaines associations sont proches de son domicile mais Marie ne les connaît pas. Elle ne sait pas où et à qui s'adresser pour connaître ce qui existe dans son quartier et n'a plus envie de faire la démarche puisqu'il lui faudrait aller dans un lieu qu'elle ne connaît pas, où elle n'a pas ni marques, ni repères (planche 21, tome 2 et ci-dessous).

Planche n°21 : territoire de vie d'Amélie, 85 ans





Carte mentale d'Amélie, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Amélie

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Amélie a une «assez bonne» appropriation territoriale. Elle a une santé fragile, des difficultés pour se déplacer, elle marche avec une canne. Elle est trés attachée à son quartier : *«j'y ai tous mes souvenirs»*. Elle indique par des flèches le trajet qu'elle effectue pour prendre le bus "La Traverse" qui lui permet de se rendre place V. et H. Basch, à l'église Saint Pierre de Montrouge ou bien avenue du Général Leclerc au supermarché. Les escaliers sont martérialisés par des traits rapprochés, elle ne peut plus les descendre ce qui l'oblige à faire un grand détour pour prendre le bus 62 qui remonte la rue d'Alésia. *(Entretien)*

Escalier de la rue des Artistes ©B.Nader 2008

8.2.4 Les caractéristiques d'une intégration « fragile »

Les personnes ayant une intégration fragile sont paradoxalement plus jeunes, avec une moyenne d'âge de 80 ans. Elles ont en commun des difficultés socio-économiques, une mauvaise perception de leur santé et une mobilité souvent centrée sur l'îlot. On remarque que le score « liens sociaux » est supérieur à ceux dont l'intégration est moyenne. Parmi ces 20,1%, 43,7% ont dessiné une carte mentale. 57% non pas dessiné la carte mentale, parmi elles, la moitié avait répondu par correspondance et la moitié en entretien. Chez les personnes en entretien, les problèmes de polyarthrite, l'analphabétisme, le manque de confiance en soi et la peur d'être jugée ont souvent empêché sa réalisation (Tableau n° 13).

Exemple d'Anne, 82 ans (planche 20)

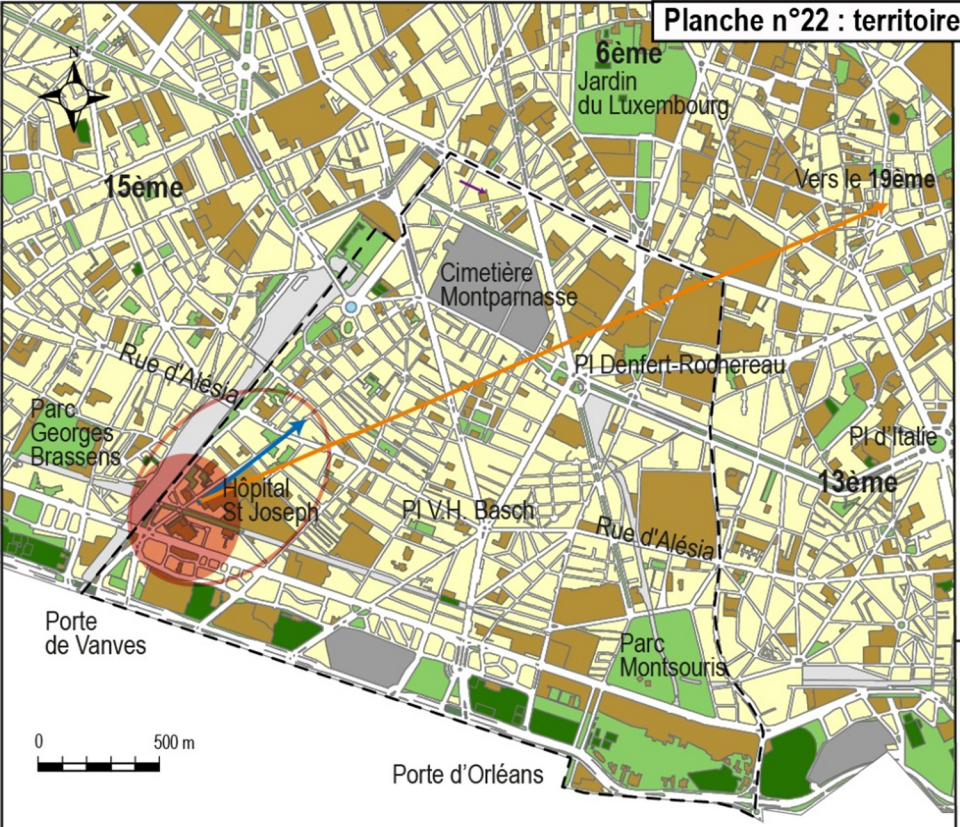
Anne a 82 ans et est célibataire. Elle habite dans son appartement depuis 15 ans. Elle habitait avant avec sa mère dans un appartement dans le 6^{e} sous la loi de 1948. Lors du décès de sa mère, Anne fut obligée de quitter l'appartement et de déménager. « *Il est dangereux, les relations avec les commerçants sont difficiles, ils sont agressifs et vous manquent de respect, non mon quartier est ailleurs dans le 6^{e} où je vivais avec maman* ». Lorsqu'elle dessine son quartier, elle s'arrête à chaque croisement, elle dessine son trajet, routinier, et évoque les commerçants impolis, ceux qui ne la regardent pas. Anne est suivie par une association : un bénévole vient régulièrement pour discuter un peu. Sa mauvaise percpetion du territoire est parallèle à son isolement social. Elle dessine deux lieux qui représentent l'évasion : Denfert-Rochereau et Montparnasse mais précise qu'elle n'y va plus seule. Anne est entrée dans un processus de désappropriation de l'espace qui ne pourra que s'agraver par un problème de santé.

Tableau n° 13 - Profil sur modalités : type « fragile »

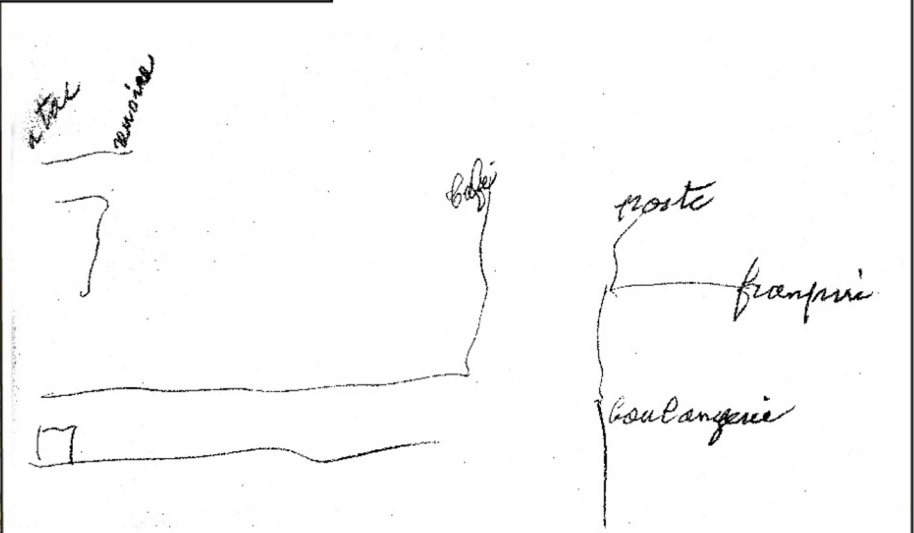
Question	Modalité	Effectifs	Ecarts	Khi2	PEM	Test Khi2 local
Variables						
Quartier	porte de vanves/Plaisance	21	10	8,399	47	•••
Type habitat	foyer logement	15	9	11,377	33	•••
Statut	Locataire	24	8	4,39	51	•••
Vie_seul	Oui	30	5	1,111	72	••
Niveau études	Au certificat d'études	11	6	7,004	31	•••
Revenus	Vous avez des difficultés	9	6	13,231	60	•••
Santé perçue	Mauvaise	9	6	13,231	60	•••
Vue	oui	20	8	5,658	41	•••
Ouïe	Oui	22	10	9,006	53	•••
Conversation	OUI	21	12	14,885	54	•••
Marche	OUI	19	11	13,16	45	•••
Déroulement questionnaire	entretien en face à face	19	6	2,587	31	••
Carte mentale	non	19	7	4,276	35	•••
CSP	ouvriers	10	6	12,247	51	•••
Quartier	Porte de Vanves-Plaisance	21	10	10,01	48	•••
Territoire de vie	territoire de l'îlot	11	6	7,447	33	•••
Bilan par score						
Score econ	faible	14	8	11,418	35	•••
Score santé	faible	10	7	23,98	88	•••
Score santé	moyen	15	8	8,3	31	•••
Score territoire	faible	10	6	13,914	56	•••
Score territoire	moyen	15	9	13,303	37	•••

Denise a 75 ans et vit depuis sept ans dans une résidence-services gérée par le Centre d'action sociale du 14e arrondissement de Paris. Une crise d'hémiplégie l'a contrainte à quitter son appartement du 19e arrondissement. Bien remise, elle marche sans canne. Denise a fait tous les métiers mais évoque avec passion son passé d'acrobate. Elle n'aime pas l'ambiance de la résidence et refuse de participer aux activités manuelles ou aux jeux de société qui lui sont proposés ; elle préfère rester dans son studio. Elle n'apprécie pas le quartier : *« j'aimais mieux le 19e, il y avait tout, je faisais partie du secours catholique, c'était sympa »*. Ses déplacements sont principalement liés aux courses alimentaires. Elle ne prend plus les transports en commun, ayant peur de la chute. Elle ne souhaite pas participer aux activités de la Résidence, elle veut sortir mais ne sait pas où aller et n'a pas les moyens financiers pour envisager d'autres solutions. Elle est ici par obligation, *« vous comprenez, avec le minimum vieillesse, on ne peut pas vivre. »*. Sa représentation mentale marque cette désappropriation progressive du quartier : quelques traits dessinés difficilement représentent les trajets. Seuls sont représentés les commerces de proximité, les axes et les noms des rues sont inexistants. L'échelle utilisée est celle de l'îlot, le pâté de maison qui borde la résidence. Sa seule évasion est sa sortie le samedi lorsque son fils peut venir la chercher pour aller dans le 19e. L'absence de participation sociale renferme peu à peu Denise et la fragilise considérablement. Son appropriation et son intégration territoriale sont faibles. Sa carte mentale est révélatrice de cet isolement socio-territorial. Son isolement ici, se traduit pas une désappropriation de l'espace d'autant plus forte qu'elle ne connaît pas bien ce quartier. L'ouverture sur la ville est inexistante tant de son côté que du côté de la résidence où les activités sont centrées à l'intérieur du bâtiment (planche 22, tome 2 et ci-dessous).

Planche n°22 : territoire de vie de Denise, 79 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



Carte mentale de Denise, type village

Denise a une appropriation territoriale «fragile». Elle habite dans la résidence-services des Arbustes depuis 7 ans, à la suite d'un problème de santé. L'ambiance de la résidence ne lui plaît pas. Elle préfère rester dans son studio. «*j'aimais mieux le 19ème, c'était vivant, il y avait tout, je faisais partie du secours catholique, c'était sympa.*» Son accident de santé fut une première fracture, son déménagement une deuxième. Son territoire s'étend irrégulièrement dans le 19ème lorsque son fils l'emmène pour déjeuner où vers Montparnasse où elle s'y rend accompagnée de son aide ménagère. Sa carte mentale est emblématique d'un territoire rétréci. Il n'y a plus de nom de rue, seuls les commerces côtoyés y figurent. Elle ne s'est jamais appropriée véritablement son quartier.

Place à l'angle de la rue des Arbustes et de la rue Losserand ©B.Nader 2011

Aimée a 75 ans et vient tout juste au moment de l'entretien de retrouver une vie normale après un accident vasculaire cérébral qui l'a fragilisée. Si elle n'apprécie pas son quartier et ne se sent pas toujours en sécurité « le quartier a bien changé depuis 1958 », elle a renoué avec son territoire grâce au club sénior de la rue de Rider où elle retrouve ses amies. Le club lui donne une raison de sortir et de rester mobile. Remonter la rue Raymond Losserand n'est pas toujours facile et demande parfois du temps. Cet axe est au centre de sa carte avec, à chaque extrémité, les commerces de proximité. Le tramway lui permet de se rendre, les jours de beau temps, dans deux parcs, le parc Montsouris dans le 14^{e} et le Parc Georges Brassens dans le 15^{e}. L'ensemble des professionnels de santé consultés se situe dans l'espace parcouru à pied. Aimée a tendance à se replier sur l'axe de la rue Losserand, elle se sent encore fragile en particulier dans les transports en commun. La proximité du club et de ses activités lui ont permis un retour dans le quartier, le territoire est ici le socle de sa résilience territorial. Les caractéristiques socio-économiques, l'état de santé et la perception du territoire altérée sont des facteurs discriminants pour Aimée (planche 23, tome 2)

8.3 CONSTITUTION D'UN OUTIL DE DÉTECTION DE LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES DE L'INDICE À L'ÉCHELLE D'APPROPRIATION TERRITORIALE

8.3.1 De l'indice à l'échelle

L'appropriation territoriale permet de prendre en considération des déterminants comme la perception du territoire et les mobilités, conditionnés par des déterminants socio-économiques. La représentation cartographique des territoires de vie en est le support : les résultats permettent de mettre en évidence les situations extrêmes, en particulier les situations de fragilités. Ainsi la prise en compte de la perception et de la représentation de l'espace vécu permet-elle de comprendre comment s'effectue le rétrécissement territorial au grand âge, l'évolution de l'appropriation de l'espace et de l'intégration dans la société.

Le rétrécissement territorial et sa désappropriation est en lien avec la notion de déprise : le concept de déprise décrit un mouvement général dans lequel la personne se désinvestit : problèmes de santé et déficiences physiques - par exemple – qui vont empêcher une personne de monter dans le bus, la fatigue, le manque d'envie, la raréfaction des liens sociaux. « *La déprise est ainsi un processus actif à travers lequel les personnes qui vieillissent mettent en*

œuvre des stratégies d'adaptation, de manière à conserver aussi longtemps que possible des activités qui font sens pour elles. L'enjeu de la déprise consiste ainsi à maintenir des « prises » signifiantes sur le monde. La déprise est loin d'être un processus uniforme. Ceux qui cumulent les difficultés sont contraints à des réaménagements de plus en plus importants de leur existence.» (V. Caradec, 2009)[181]. La plus ou moins grande intégration et appropriation du territoire fait sens et accompagne cette notion de déprise territoriale qui précède la désappropriation de l'espace et en quelque sorte la négation de l'espace vécu. « *On peut considérer que les personnes très âgées ont d'un côté un ennemi - leur équipement biologique, qui se dégrade au cours du temps - et de l'autre, un possible allié - l'environnement social et culturel qui peut contribuer à leur assurer des conditions d'existence plus favorables, mais aussi les aider à donner du sens* » (V. Caradec, 2009). Le territoire peut aussi se considérer comme un ami, support des mobilités, de la sociabilité mais également comme un ennemi, facteur discriminant du rétrécissement et de la déprise territoriale. Les débats évoqués dans le chapitre 3 ont montré les limites des outils actuels comme la grille AGGIR. Les débats sur la dépendance de l'année 2011 ont fait émerger la nécessité d'associer les déterminants sociaux aux déterminants médicaux : notre démonstration insère la dimension territoriale qui vient compléter l'ensemble. Les vieillesses sont multiformes et supposent une meilleure compréhension des différents stades de la perte d'autonomie. La détection des fragilités fait partie de la prévention : il s'agit bien ici de contribuer avec d'autres à modifier les représentations de la vieillesse. Le territoire et sa perception sont les supports du dynamisme, ou de l'isolement des personnes âgées.

Les cartes mentales permettent de comprendre s'il y désappropriation du territoire. Elles sont aussi le reflet de troubles cognitifs. Associées à d'autres tests cognitifs[182], elles pourraient à l'avenir être mieux associées dans la détection des fragilités autres que les maladies du type Alzheimer. Les troubles d'orientation, les dessins des axes non terminés sont autant d'indices qui se rapprochent du test de l'horloge. L'absence de nom de rues, un territoire centré sur l'îlot en sont d'autres. De nombreuses personnes vivant à domicile sont entrées dans un processus de désappropriation qui n'est ni visible ni détectable par leurs caisses de retraite ou des acteurs sociaux. Un rétrécissement de territoire ne veut pas forcément dire une désappropriation territoriale; ce sont bien les liens sociaux et les déplacements et la perception

[181] *Op.cit*

comme le test de l'horloge [182] il existe plusieurs test dont le test de l'horloge ou encore le test du Mini-Mental Status (MMS) ou le Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) ou encore le test des Activités de la vie quotidienne (AVQ)(C. Patterson,)

du quartier qui permettent de les différencier. Evaluer le rétrécissement la déprise éventuelle donne un sens à une meilleure prévention. Le territoire peut-être le support de la résilience tout comme il peut être l'amplificateur d'un déracinement.

Le calcul de notre indice est long et ne pourrait pas s'appliquer comme tel lors des entretiens entre les personnes âgées et les acteurs sociaux chargés de l'évaluation de la perte d'autonomie pour le financement de l'APA. Pour que l'outil puisse être utilisé, il doit se caler sur des questionnaires qui sont réalisés à domicile comme celui de la grille AGGIR. (cf. annexe 10)

L'objectif est ici d'apporter un questionnaire pluridimensionnel qui aboutit à un score comme celui de la grille AGGIR en intégrant les liens sociaux, les activités à l'extérieur du domicile, les distances parcourues, l'utilisation des transports en commun, la perception de son territoire et le dessin du quartier où l'on habite en indiquant les lieux jusqu'auxquels on marche à pied. Tout comme la grille AGGIR, chaque item est évalué par une lettre A pour « sait faire », B pour ce qui est irrégulier et C pour « ne fait pas ». En fonction du nombre de A de B ou de C on aboutit à une détection d'une fragilité socio-spatiale. Ainsi une personne ayant des B ou C sur cette partie de grille fait ensuite partie des personnes à suivre en proposant des accompagnements pour sortir de son domicile, des invitations pour découvrir des activités, des relais avec des associations identifiées à échelle locale dans le respect de la personne et de sa volonté à y participer. L'évaluation des variables socio-spatiales permet d'adapter des offres de services ou des actions de prévention aux besoins des personnes âgées visant à favoriser la résilience des personnes âgées en période de fragilité.

La carte mentale vient compléter la grille : dans le cas de Marie-France, la carte est un élément majeur pour comprendre la fragilité psychologique de la personne et permet de mieux cibler les propositions d'atelier ou de soins pour la personne. Une telle démarche pourrait s'insérer dans un diagnostic effectué par les caisses de retraite, à différentes tranches d'âge, où bien dès qu'une personne, quel que soit son âge, éprouve des difficultés momentanées. Cette démarche est une des préoccupations actuelles des caisses de retraite. (chapitre 10)

Tableau n° 14 - Grille d'évaluation

Variables concernant l'appropriation territoriale	**Denise Planche n°**	**Amélie Planche n°**	**Louise Planche n°**
Variables socio-économiques			
Perception de ses revenus	**C**	B	A
propriétaire/locataire/résidences	***C***	*A*	*A*
Variable liée à la santé			
Santé perçue	C	B	A
A peur de la chute	C	C	A
Variables liées à la mobilité			
Part en vacances	**C**	**C**	**A**
Sortir seul	**A**	**C**	**A**
Sortir tous les jours	**B**	**B**	**A**
Marcher 10 minutes	**B**	**C**	**A**
Distances moyennes des sorties formant le territoire de vie	**C**	**B**	**A**
Sorties éloignées du domicile avec famille ou amis	**B**	**B**	**A**
A un problème pour marcher/se déplace avec une canne	**C**	**C**	**A**
Prendre les transports en commun	**C**	**B**	**A**
Variables liens sociaux			
a des enfants	**A**	**C**	**A**
famille disponible	**B**	**A**	**A**
Avoir une activité à l'extérieur de son domicile	**C**	**C**	**A**
Recevoir des visites	**B**	**A**	**A**
Rendre des visites	**C**	**C**	**A**
Variable perception du territoire			
Etre attaché à son quartier	**C**	**A**	**A**
Sentiment de sécurité dans le quartier	**B**	**A**	**A**
Ancienneté dans le quartier	**C**	**A**	**A**
Représentation mentale			
Carte détaillée	**C**	**A**	**A**
Echelle représentée	**C**	**B**	**A**
Orientation	**B**	**B**	**C**
Nom des rues	**C**	**A**	**A**
Direction, flèches, trajets	**C**	**A**	**A**
Bilan	**16C-7B-2A**	**8C-8B-9A**	**23 A-1C**
Diagnostic/	**Isolement et désappropriation territoriale**	**Appropriation moyenne due au problème de mobilité et d'accessibilité**	**Excellente appropriation territoriale**

8.3.2 Des espaces fractures renforçant les fragilités

Le territoire peut être discriminant et renforcer dans certains cas les fragilités des personnes âgées. Les grands boulevards et les places sont à la fois des carrefours de communication et des fractures. Nous prendrons plusieurs exemples issus de l'analyse de certaines cartes mentales et des réponses aux questions portant sur la perception du territoire pour comprendre ce processus.

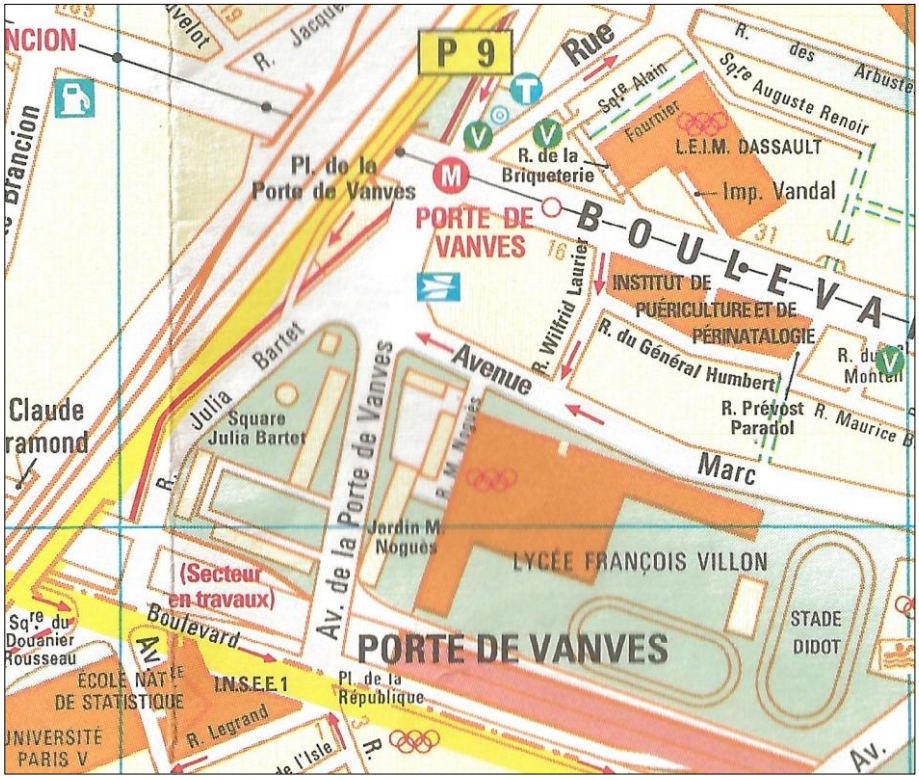
8.3.1.1. La porte de Vanves

Le premier carrefour dessiné plusieurs fois dans l'enquête est celui de la porte de Vanves, enclavée d'une part entre la voie ferrée et le périphérique et d'autre part le boulevard Brune qui fut pendant longtemps un axe majeur de circulation. Depuis l'installation du tramway, il est à la fois une fracture territoriale, mais aussi un moyen de désenclaver le territoire.

L'espace entre le tramway et la périphérique est complexe à dessiner : les habitants nomment la place de Vanves, le carrefour entre le boulevard Brune, la rue Losserand, l'avenue de la porte de Vanves et la rue Julia Bartet (Carte n° 23). Quatre cartes mentales qui représentent cet espace . Laurette vit seule depuis la mort de son mari : elle est de moins en moins attachée à son quartier. Elle s'y est installée lors de la construction des immeubles. Aujourd'hui, elle connaît de moins en moins de personnes « *ce n'est plus la même chose* ». Son territoire de vie est restreint : ayant peur de la foule Laurette évite de sortir de son quartier où elle y trouve le nécessaire. Dans sa carte mentale, elle dessine un groupe d'immeubles, des traits qui représentent le trajet qu'elle parcourt pour faire ses courses. Le peu d'information est ici emblématique du rétrécissement de son territoire de vie et sans doute d'un début de désappropriation territorial (Carte n° 24) Elle rejette son quartier et n'ose plus sortir en particulier le dimanche , jour des « Puces », « *où des gens louches rôdent dans le quartier* ». On regardant le plan (Carte n° 23), on voit bien qu'elle contourne l'îlot entre le boulevard Brune et l'avenue Marc Sangnier pour faire ses courses au supermarché qui est le seul nom de la carte mentale. Elle doit alors traverser le tramway pour se rendre le l'autre côté du boulevard. Ici le quartier et son ambiance participent à accentuer sa fragilité. (planche 24, tome 2). A l'opposé Jacqueline dessine un quartier très vert avec des arbres, le square de la rue Julia Bartet (Photographie n° 26). On peut noter cependant l'importance du cercle qui représente la place de Vanves et qui montre une certaine appréhension du carrefour.(planche 25, tome 2). Chez Lucette, il s'agit d'un plan de quartier où les axes sont des axes de

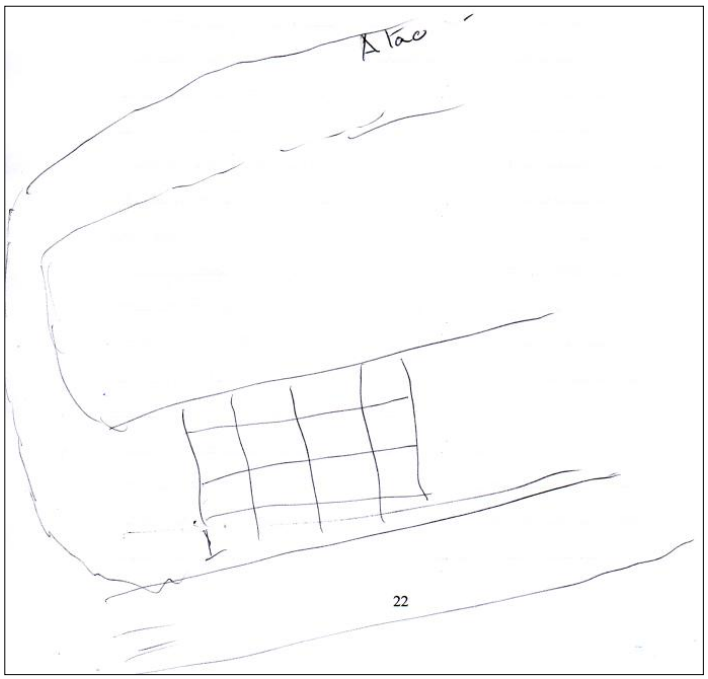
communication et non des fractures territoriales, en dehors du périphérique (planche 26, tome 2).

Carte n° 23 - Plan de la porte de Vanves

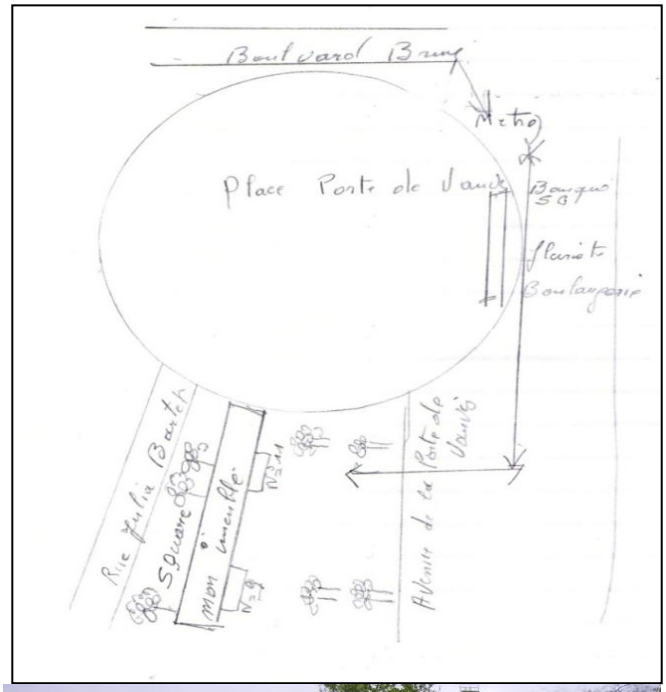


Source : Plan Michelin 2008 échelle 1 : 10 000

Carte n° 24 - Carte mentale de Laurette



Carte n° 25 - Carte mentale de Jacqueline



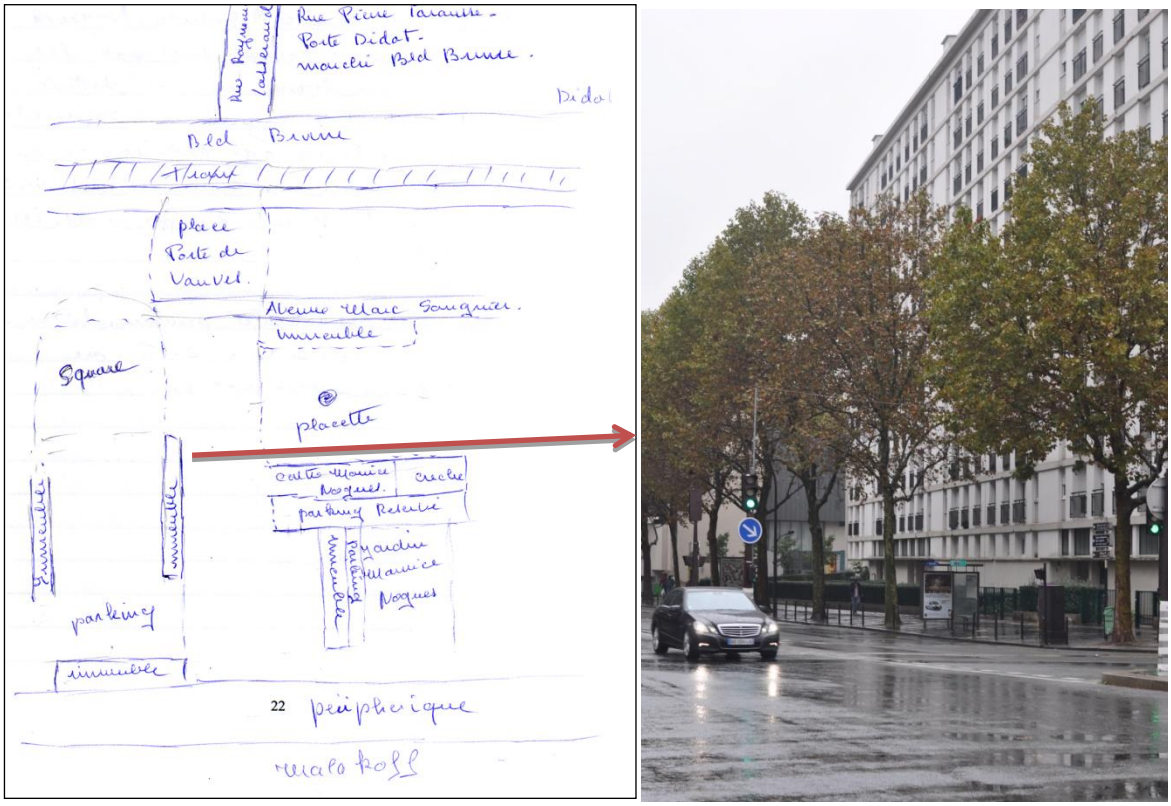
Photographie n° 26 - Entrée du square Julia Barthet

Photographie n° 27 - Les Puces rue Marc Sangnier, sous la pluie

Source : ©B.Nader2006/2011

Carte n° 26 - Carte mentale d'Henriette

Photographie n° 28 - avenue de la porte de Vanves vue de la rue Marc Sangnier



Source :©B.Nader 2011

8.3.1.1. La place Victor et Hélène Basch

Le deuxième carrefour est celui de la place Victor et Hélène Basch, carrefour central de l'arrondissement entre la rue d'Alésia , axe est-ouest , l'avenue de Général Leclerc et l'avenue du Maine nord-sud. Ce carrefour s'étend sur 50 mètres du nord au sud avec un rond point central. La circulation est toujours dense.

Trois cartes mentales représentent ce carrefour. Il est dessiné par un cercle plus ou moins large. Chez Marie-Claude, la place est disproportionnée par rapport à l'ensemble dessiné : elle se rend plusieurs fois par semaine à l'église Saint-Pierre de Montrouge au nord de la place : l'église est un lieu de sociabilité qui lui est cher et de l'autre une place, symbole de la circulation où « *il y a trop de bruit, à cause de la circulation et des agents qui sifflent « comme ils respirent »*. ». (Planche 27, Tome 2)

Photographie n° 29 - Photographie aérienne de la place Victor et Hélène Basch

Source : géoportail

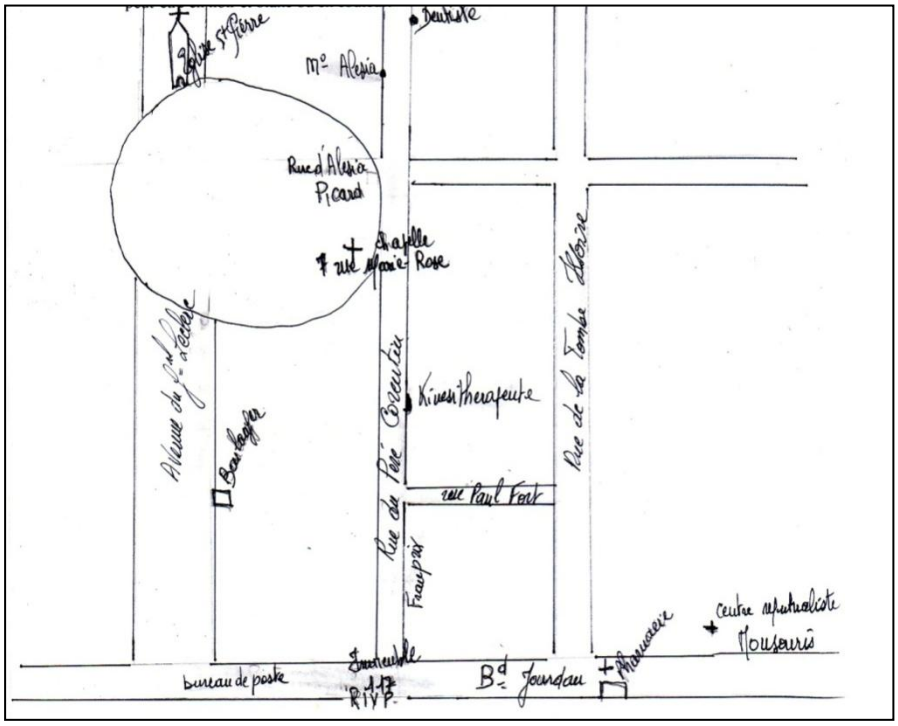
Photographie n° 30 - Place Victor et Hélène Basch

Carte n° 27 – Plan de la place Victor et Hélène Basch

Source ©GP/NN2011

Source : Plan Michelin 2008

Carte n° 28 - Carte mentale de Marie-Claude



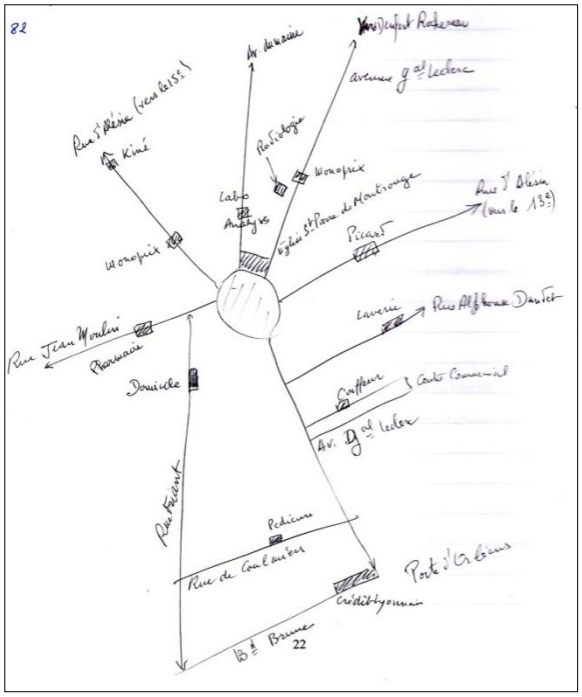
Chez Albert, la place est bien plus petite et est le centre d'un quartier très commerçant, « un village ». La seule chose que regrette Albert, c'est la circulation « *Le plus déplaisant est je crois l'indiscipline des automobilistes (et des piétons) ne respectant que peu les feux rouges dans ces artères à grosses circulations* ». Anne (planche 20, tome 2) évoque la difficulté pour traverser le passage piéton, avenue du général Leclerc : les feux sont trop courts pour laisser le temps aux piétons de traverser doucement, ce qui favorise l'angoisse et la peur du carrefour.

Photographie n° 31 - Rond-point de la place Victor et Hélène Basch

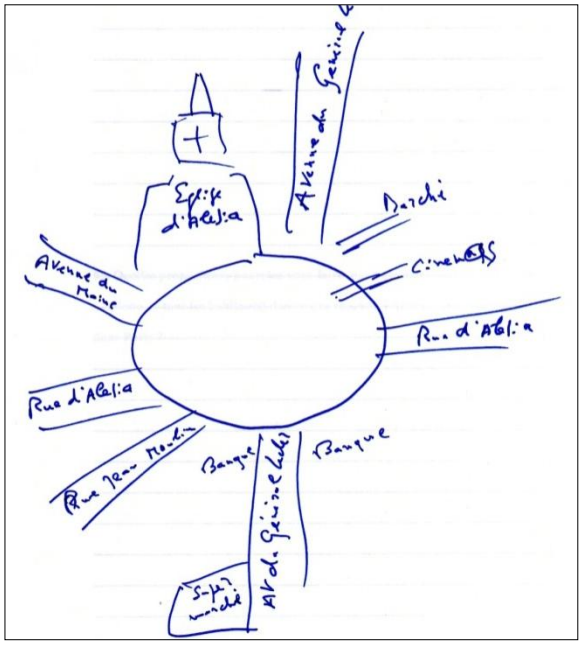
Source : ©B.Nader 2008

On retrouve chez Martiale une place importante qui correspond à un carrefour de communication la menant aux cinémas, au marché ou à l'église. Bien moins précise qu'Albert, elle passe beauxcoup moins de temps dans le quartier, son territoire de vie étant très large. (planche 28, tome 2)

Carte n° 29 - Carte mentale d'Albert



Carte n° 30 - Carte mentale de Martiale

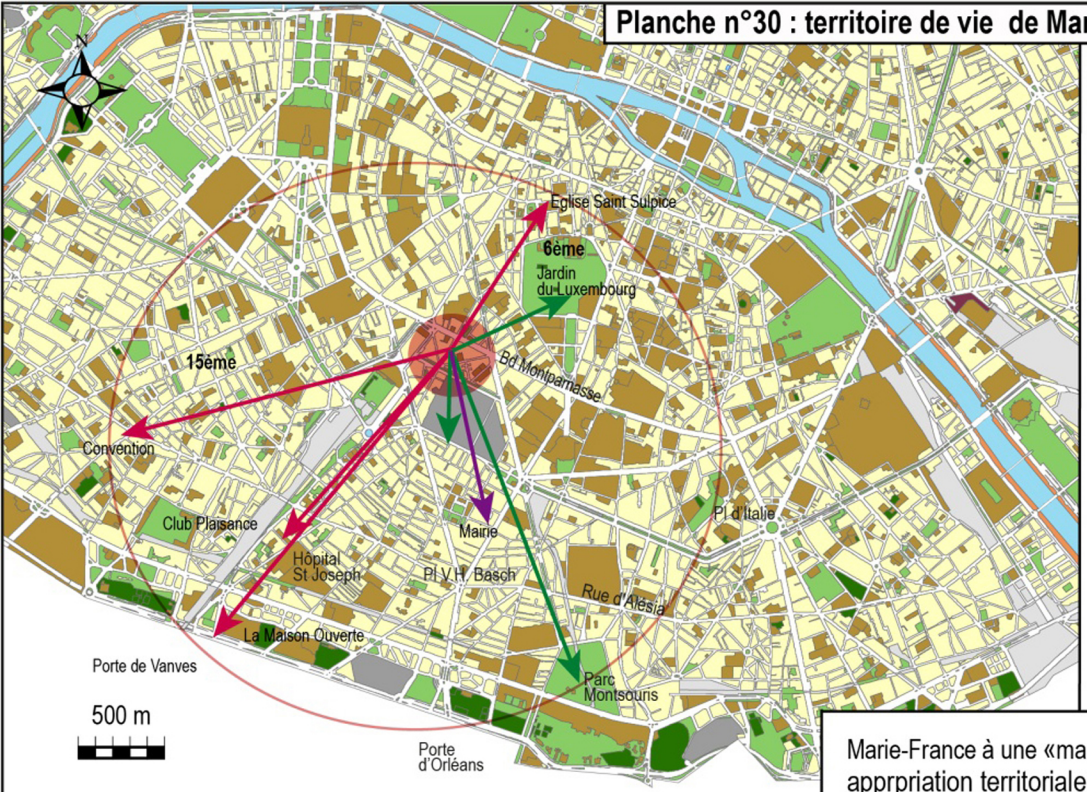


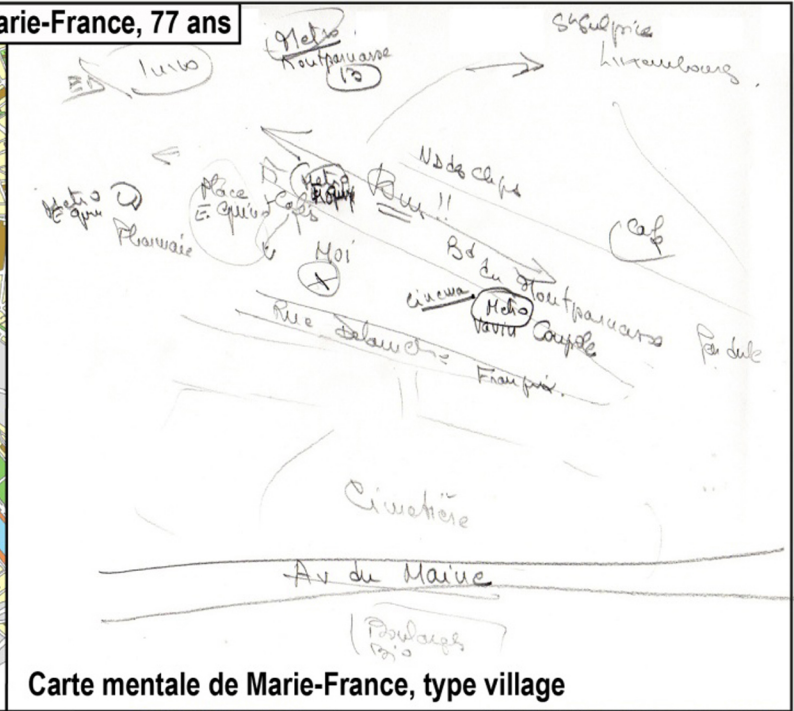
Ces exemples illustrent le poids de l'environnement urbain dans les vies quotidiennes. Lorsqu'une personne traverse une période de fragilité, l'environnement urbain sera plus agressif, plus dangereux et contribuera à accentuer la fragilité. Il s'agit bien de l'expression de besoins individuels ou collectifs qui doivent peser dans les choix d'aménagement de la commune. Il est difficile d'arrêter la circulation. En revanche, régler des feux en « décalé » et en durée peut contribuer à une meilleure appropriation des piétons. C'est toute la difficulté dans Paris de concilier la voiture et les piétons sur les grands axes urbains.

Un dernier exemple peut nous aider à comprendre en quoi l'environnement peut contribuer à isoler ou à fragiliser. L'exemple de Marie-France est sans doute l'exemple le plus édifiant de l'échantillon. Marie-France a 77 ans. Elle est célibataire et habite le quartier Montparnasse au nord de l'arrondissement. Cette ancienne pharmacienne est mal à l'aise dans son quartier : « *Je ne suis pas plus attachée que cela au quartier, je n y ai pas un grand passé. Tout est dangereux, les tournants des rues où je me fais bousculer, les gens ne vous voient pas, je suis comme transparente, c'est un quartier trop jeune pour moi* ». Elle précise dans son entretien

qu'elle connaît des fins de mois difficiles malgré sa retraite de pharmacienne, les charges de son appartement pèsent lourd dans son budget. Elle matérialise sur sa carte des fractures territoriales : elle représente les boulevards et les rues avec des grands traits qui enserrent son domicile matérialisé par une croix, surmonté du mot « Moi ». Elle met des points d'exclamation pour symboliser le danger des bus à double sens du boulevard Montparnasse. Elle trace des flèches pour montrer les directions où elle se rend pour aller au club ou dans une association caritative, mais elle a de plus en plus de difficultés à prendre le bus pour se déplacer. Elle se sent trop secouée et en insécurité. Pourtant Marie-France veut dépasser ses difficultés : elle participe à l'atelier mémoire au club Plaisance et est bénévole dans une association le 15e. Lors de l'entretien, elle nous confie qu'elle est trop fatiguée pour continuer son action bénévole dans le 11e arrondissement, « *c'est trop loin, et puis les tickets, cela coûte cher, je fais attention à mes déplacements* ». Marie-France fait partie des femmes célibataires, propriétaire de leur appartement dont les charges pèsent lourd sur la retraite *« pourtant plus confortable que la moyenne »*. Marie-France est toujours entre deux situations ; d'une part le repli sur elle-même et l'isolement, de l'autre des périodes d'activités lui permettant une résilience.

Planche n°30 : territoire de vie de Marie-France, 77 ans





Carte mentale de Marie-France, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marie-France

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Marie-France à une «mauvaise» apprpriation territoriale. Bien que son territoire de vie soit large, elle est très sensible à son environnement urbain : l'espace proche de son domicile est perçu comme étant un espace de fracture, contribuant à son isolement. Le bruit, la double circulation des bus boulevard Montparnasse, la circulation l'agressent, la fragilisent et contribuent en partie au rétrécissement progressif de son territoire. *(Entretien)*

Les bus à double sens, boulevard Montparnasse ©B.Nader2011

CONCLUSION

L'indice d'appropriation territoriale permet d'associer l'ensemble des déterminants qui influencent la qualité de vie sur un territoire. La typologie proposée, à la suite d'une analyse statistique, permet de comprendre ce qui influence le processus de rétrécissement du territoire. Cet indice est un outil pour diagnostiquer les situations de fragilités. La réflexion doit se poursuivre pour mieux comprendre le poids de chaque facteur en fonction des personnes. Cette démarche peut-être reprise sous forme d'échelle par des acteurs qui souhaitent évaluer les fragilités. Les cartes mentales sont mises en valeur par cet indice d'appropriation territoriale.

CHAPITRE 9
LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS, AU CŒUR DE L'INTÉGRATION SOCIO-SPATIALE

INTRODUCTION

L'appropriation territoriale des aînés est complexe ; elle est le résultat d'un ensemble de déterminants qui influent différemment en fonction des personnes sur le mode de vie, les mobilités et la perception du territoire. Le territoire est un support majeur qui peut faciliter ou renforcer une période de fragilité. Parmi les pratiques spatiales évoquées, celles liées à la participation sociale est majeure dans l'appropriation du territoire, dans la production de territoire. Il s'agit bien ici de pratiques liées au territoire, à la mobilité et aux liens sociaux. Les résultats de l'enquête ont souligné les liens entre une bonne santé perçue et des liens sociaux réguliers. La participation sociale apparaît comme étant un « effet protecteur ». 70% de l'échantillon déclare avoir une activité à l'extérieur de son domicile, ce qui n'est pas forcément une participation sociale. Les activités des aînés sont nombreuses et sont toutes liées à un lieu, socle de l'activité et des liens sociaux qui en découlent. L'offre récréative, sportive et culturelle du 14^{e} est intergénérationnelle mais certains lieux sont davantage ciblés pour les personnes âgées. Nous analyserons dans ce chapitre les formes de participation en étudiant les lieux récréatifs dans lesquels nous avons enquêté : les clubs du Centre d'Action Sociale du 14^{e}, l'association *La Maison Ouverte* et l'atelier tricot de la paroisse de Saint-Pierre de Montrouge. Cette analyse nous permettra ensuite de comprendre en quoi ces lieux, publics ou confessionnels, entrent dans une politique publique de prévention et de qualité de vie territoriale.

9.1 QUELLE PARTICIPATION SOCIALE DANS LE 14E ARRONDISSEMENT ?

9.1.1 Les clubs du Centre d'Action Sociale

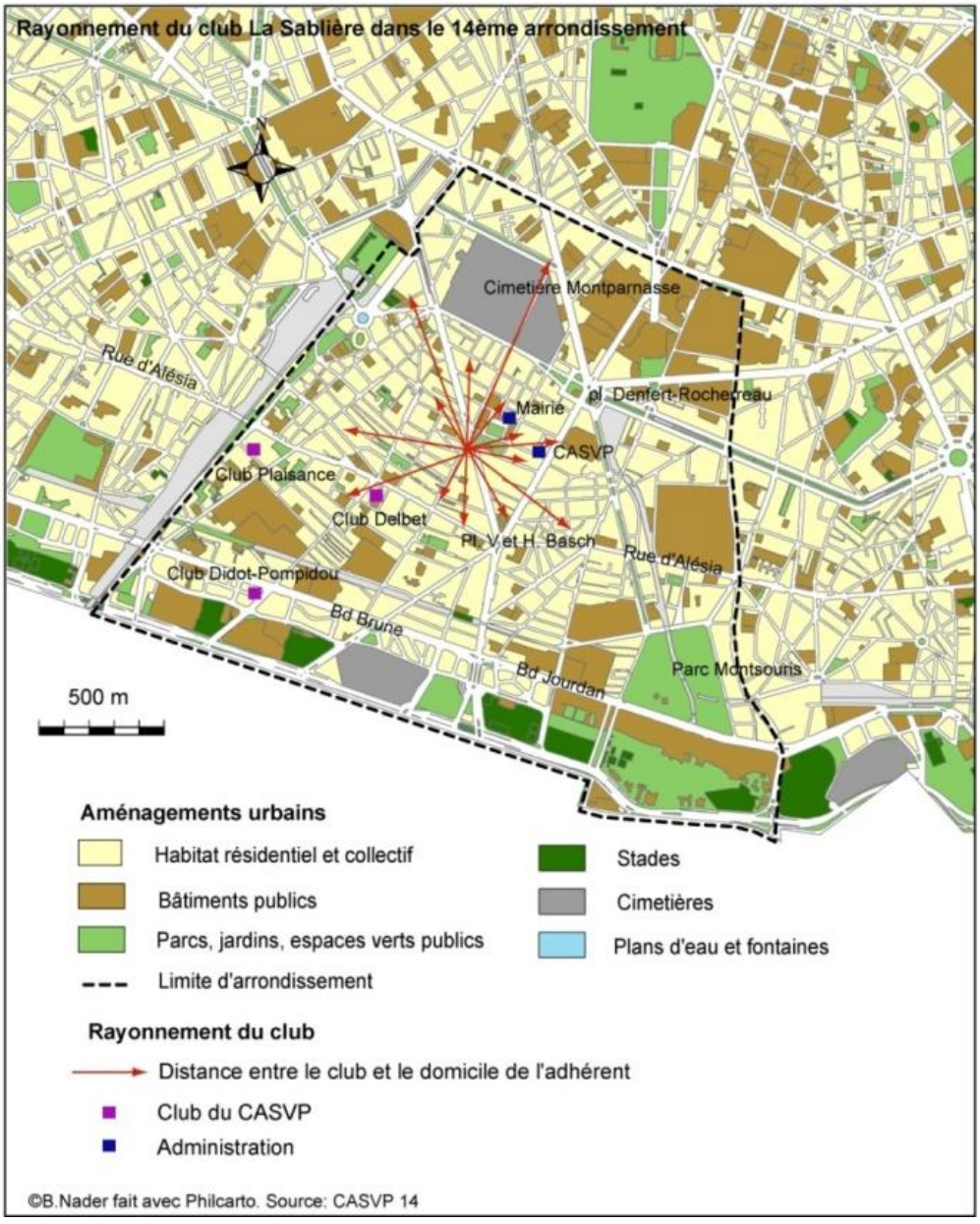
Quatre clubs accueillent des personnes âgées de 55 et plus dans le 14e arrondissement, tous accessibles au moins en bus. Trois sont installés dans le même immeuble que des résidences du CASVP, le club Plaisance est au sous-sol de la résidence-appartement Ridder, le club Delbet au rez-de-chaussée de la résidence–services Furtado-Heine et enfin le club La Sablière au 8ème étage de la résidence-appartement la Sablière. Le Club Didot Pompidou est au rez-de-chaussée d'un immeuble HLM rue Lafenestre. Tous les clubs sont accessibles en bus. Les clubs Sablière et Delbet sont des clubs dits de « proximité » accueillant de 5 à 20 personnes l'après-midi. Les clubs Didot et Plaisance sont des clubs « Emeraude », ouverts toutes la journée, et offrant une gamme variée d'activités. Ces clubs Emeraude ont chacun une animatrice et un personne chargée de l'entretien, une seule personne travaille dans les clubs de proximité pour son ouverture, son entretien et la mise à disposition d'un en-cas l'après-midi.

L'aire d'attraction des Clubs Delbet et Sablière est limitée au quartier : la Carte n° 31 et la Carte n° 32 illustrent leur rayonnement limité. Les activités proposées sont peu nombreuses. Au Club Sablière, les adhérents viennent jouer au bridge (Photographie n° 32), le club Delbet propose quant à lui des activités manuelles comme la poterie (Photographie n° 33).

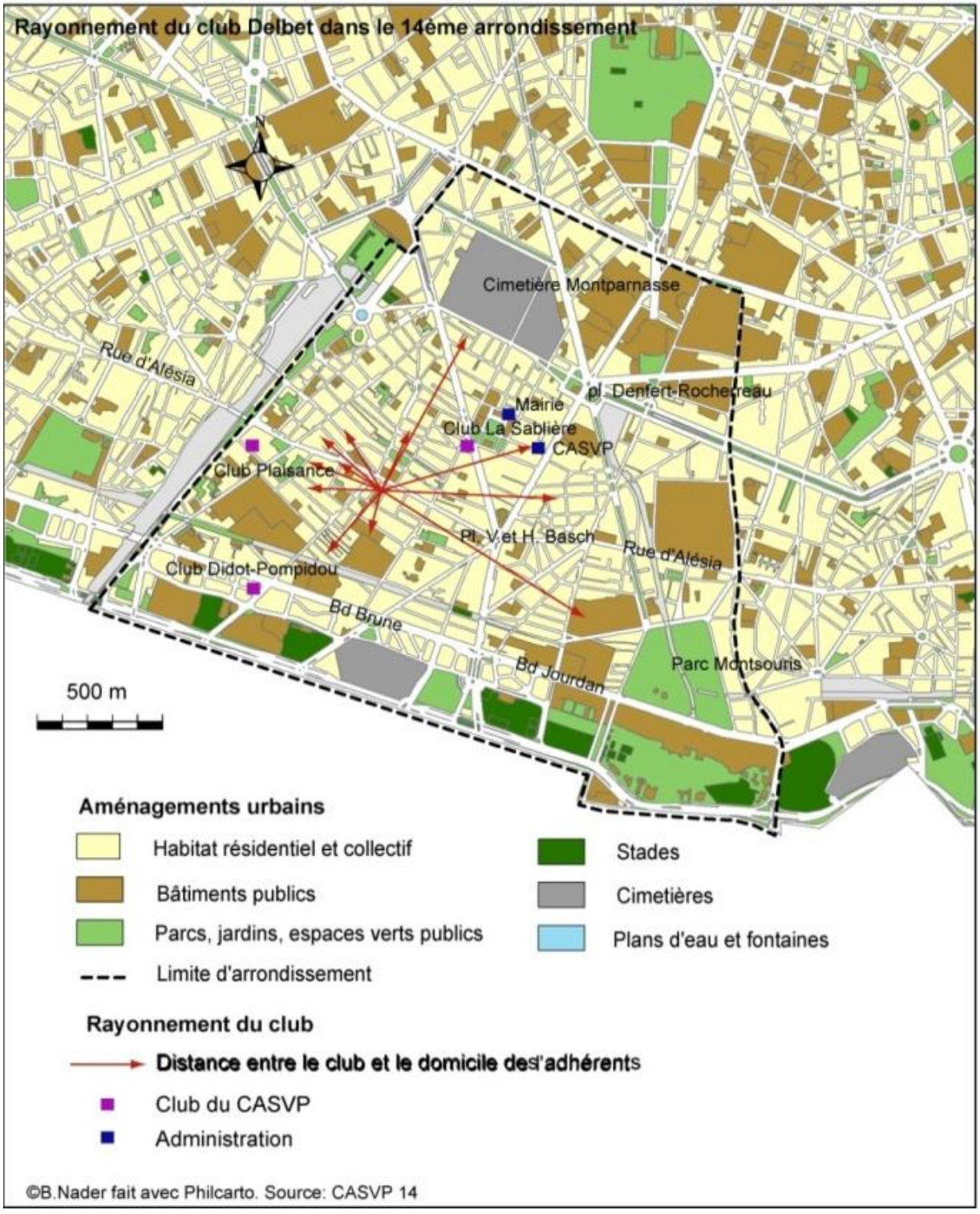
Photographie n° 32 - Bridge au club Sablière

Photographie n° 33 - Cours de Poterie au club Delbet

Carte n° 31 - Rayonnement des clubs La Sablière et Delbet dans le 14e arrondissement



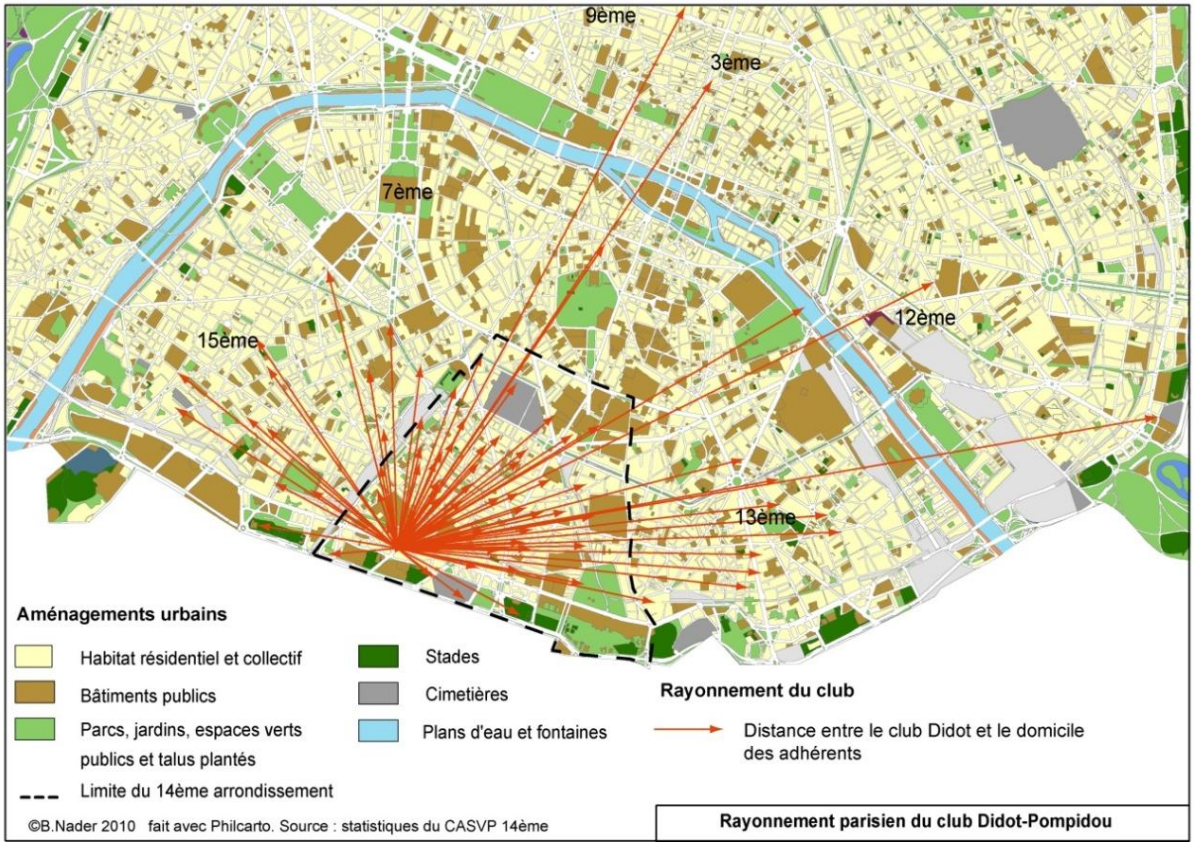
Carte n° 32 - Rayonnement des clubs La Sablière et Delbet dans le 14e arrondissement



Les clubs « Emeraude » Didot-Pompidou et Plaisance ont une aire d'attraction bien plus vaste : ils réunissent à eux deux plus de 550 adhérents. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer un tel rayonnement. L'accessibilité par les moyens de transports est le premier facteur : le bus n°62 et le métro de la ligne n°13 pour le Club Plaisance et le tramway, ainsi que la proximité du bus n°58 et des stations de métro Porte de Vanves et Porte d'Orléans permettent un accès facile. La variété des activités et leurs spécificités attirent les personnes âgées. Enfin, la personnalité de l'animatrice est primordiale : elle personnalise le club et développe des relations privilégiées avec les adhérents. Les résultats de l'enquête « Besoins et déplacements dans le 14e arrondissement » précise le type de public qui participe aux activités des clubs. Ils s'agit d'une population d'ouvriers, d'employés et de professions intermédiaires, comportant peu de cadres supérieurs.

Le Club Didot est le club le plus important du 14e (Carte n° 33). La majorité des personnes viennent de l'arrondissement mais aussi des 13e et 15e arrondissements. Quelques personnes viennent des arrondissements du nord et de l'est de Paris.

Carte n° 33 - Aire d'attraction du club Didot-Pompidou (14e arrondissement)



En 2009, les deux activités principales étaient la gymnastique et le bal. L'animatrice, partie à la retraite depuis, s'était formée à la méthode de la gymnastique volontaire, spécialisée pour sénior (cf. annexe 11), son cours ne désemplissait pas. Le bal est sans doute l'activité la plus emblématique du club Didot : il est très prisé par les personnes âgées. Louise, 79 ans est assidue au bal de Didot : elle partage sa passion de la danse avec son époux. La danse est au cœur de sa vie et module son territoire de vie. Elle arpente différents arrondissements pour pratiquer la danse de salon dans différents clubs séniors de la capitale. Sa carte mentale est un organigramme où elle fait figurer les lieux de «la danse ». Elle reproduit l'étendue de son territoire, ses pratiques spatiales sont toutes associées à des liens sociaux bien identifiés. L'orientation n'est pas respectée car ce qui importe pour Louise c'est de représenter ce qui contribue à sa joie de vivre, à son bien-être (planche 31, tome 2). Le club Plaisance est le deuxième club de l'arrondissement avec plus de de 200 adhérents. Ses activités phares sont l'atelier « Santé Mémoire », la chorale, la gymnastique et l'atelier d'initiation à internet. Il accueille des personnes âgées de l'arrondissement, du 15^{e} grâce au bus n°62 et quelques personnes provenant des autres arrondissements parisiens.

Carte n° 34 - Aire d'attraction du club Plaisance (14e arrondissement)

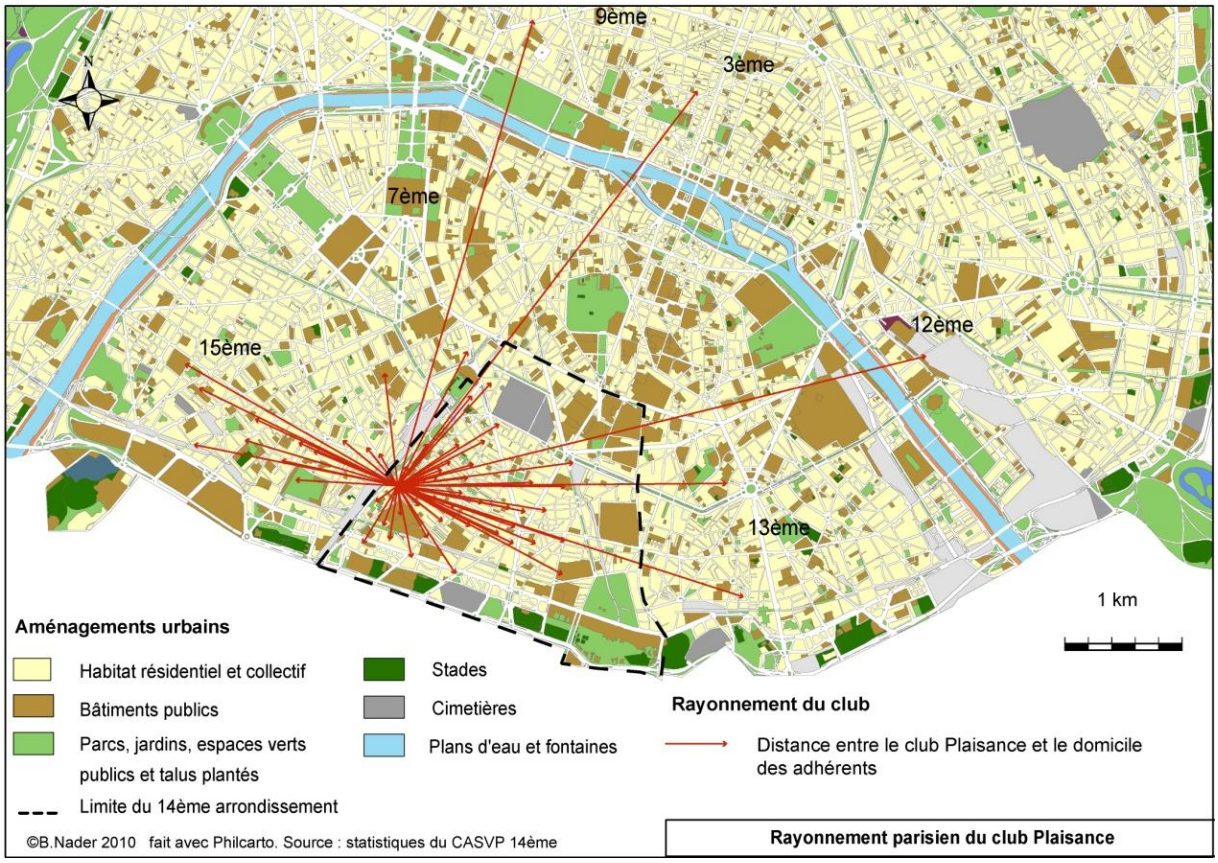
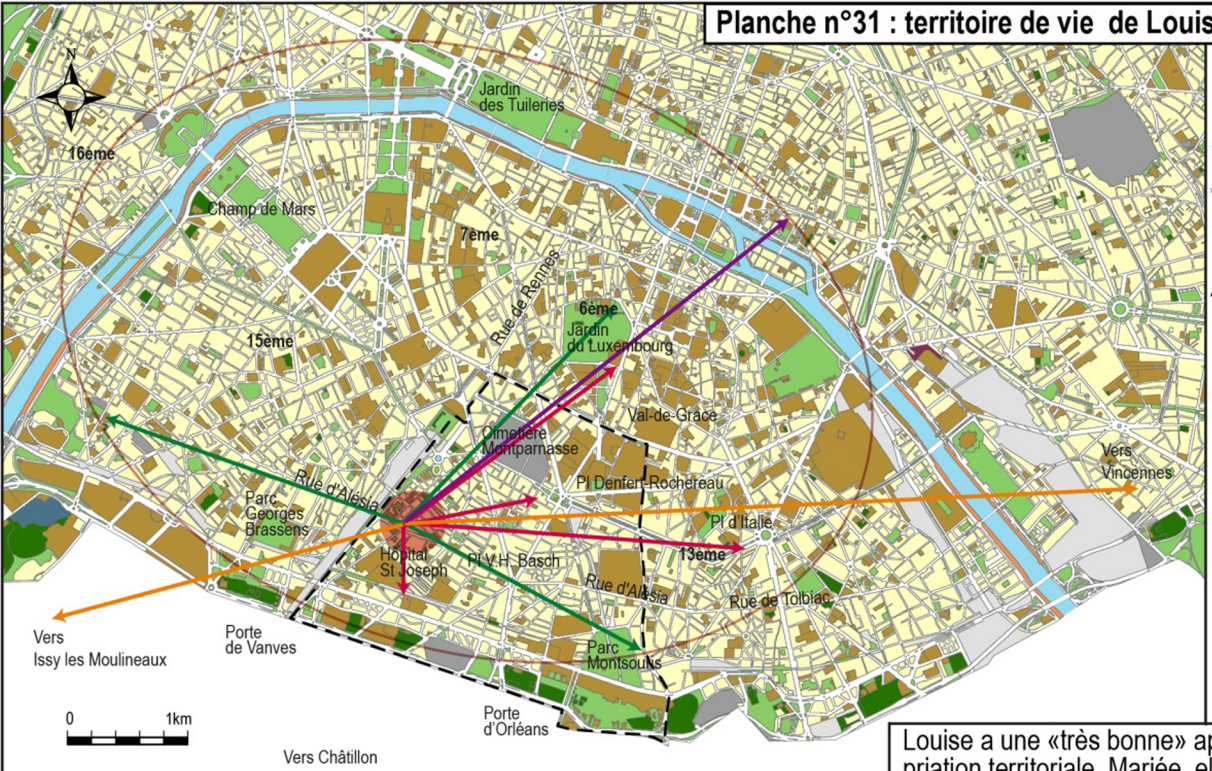
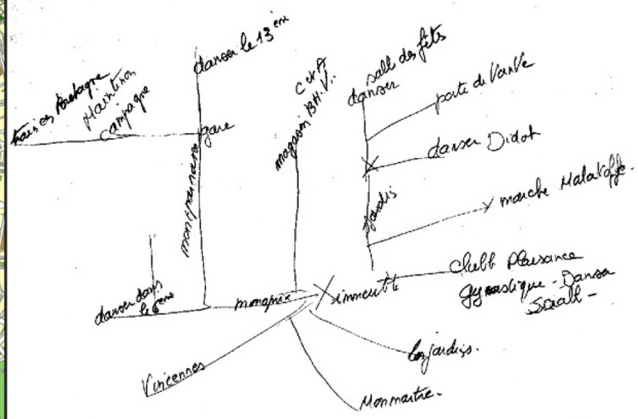


Planche n°31 : territoire de vie de Louise, 79 ans





Carte mentale de Louise, type espace ouvert

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Louise, à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Louise a une «très bonne» appropriation territoriale. Mariée, elle partage avec son mari la passion de la danse. Mais elle conserve des activités personnelles. «*Nous avons besoin de rencontrer des gens comme nous. J'ai beaucoup d'activité sans mon époux et le soir lorsque nous nous retrouvons, nous avons plaisir à se raconter notre journée !*» Sa semaine est très chargée entre le bal, ses activités au club et ses petits–enfants qu'elle garde le mercredi à Vincennes. Sa carte mentale est un organigramme où Louise indique les lieux de sa participation sociale. *(Entretien)*

Entrée du club Didot-Pompidou ©B.Nader 2008

L'animatrice Madame Ronel, affiche un calendrier des différentes manifestations du club autres que les activités régulières (cf. annexes). Les activités manuelles se font l'après-midi et une salle est réservée aux joueurs de cartes, qu'il ne faut surtout pas déranger !

Henriette a 80 ans et a de nombreuses activités au club : la chorale, la gymnastique ainsi que les ateliers de peinture sur soie et de patchwork. Le club est sa deuxième maison, il se situe à 200 mètres de son immeuble. Sa proximité est un atout majeur et contribue à la qualité de vie du quartier. Elle y rencontre ses amies et aime « *se vider la tête en faisant des travaux manuels* (planche n°32, tome 2). Les deux clubs nous ont très bien accueillis. Madame Ronel et Madame Lauze du Club Didot ont chacune organisé une rencontre avec les personnes enquêtées. Cela s'est traduit par un brunch, un matin, au club Plaisance (Photographie n° 34) et un goûter au club Didot un après-midi. Chaque fois, une vingtaine de personnes se sont montrées intéressées et surtout très impliquées dans la vie leur club.

Photographie n° 34 - Brunch au club Plaisance

Source : ©B.Nader, 2009

9.1.2 La Maison Ouverte

En 2008-2009, la « Maison Ouverte » venait de s'installer au centre Henri Noguès à la porte de Vanves. Créée en 2000 par Gisèle Bessac et présidée par le Docteur Xavier Emmanuelli. Ayant exercé sa carrière dans le monde du Design, Gisèle Bessac a participé à des activités bénévoles dans des structures de long séjour. Lui vient alors l'idée de travailler très en amont avec les personnes âgées, dans le but d'améliorer leur condition de vie au quotidien. Le concept de la maison ouverte a été développé en référence à la « Maison verte » de Françoise Dolto, maison où les mères et leurs enfants venaient pour parler et se rencontrer. La première « Maison ouverte » s'était installée dans un des bâtiments de l'Hôpital Broussais au 96 bis rue Didot en 2003. Cette maison avait comme objectif de « *répondre aux attentes des personnes âgées qui refusent la vision d'une vieillesse faite de déficiences et l'exclusion qu'entraîne cette représentation tout en favorisant les échanges » (G.Bessac).* Trois objectifs étaient clairement définis :

- offrir des espaces d'accueil et d'écoute pour les personnes âgées, leurs familles et leurs proches.
- générer autour de ces personnes une dynamique de création et de lien social entre les générations.
- favoriser l'épanouissement individuel, stimuler le désir par la qualité d'écoute et la créativité, lutter contre l'isolement.[183]

La Maison ouverte se positionne comme une autre alternative. Elle est une « maison de quartier », aménagée différemment des clubs, intégrée dans une culture du Design.

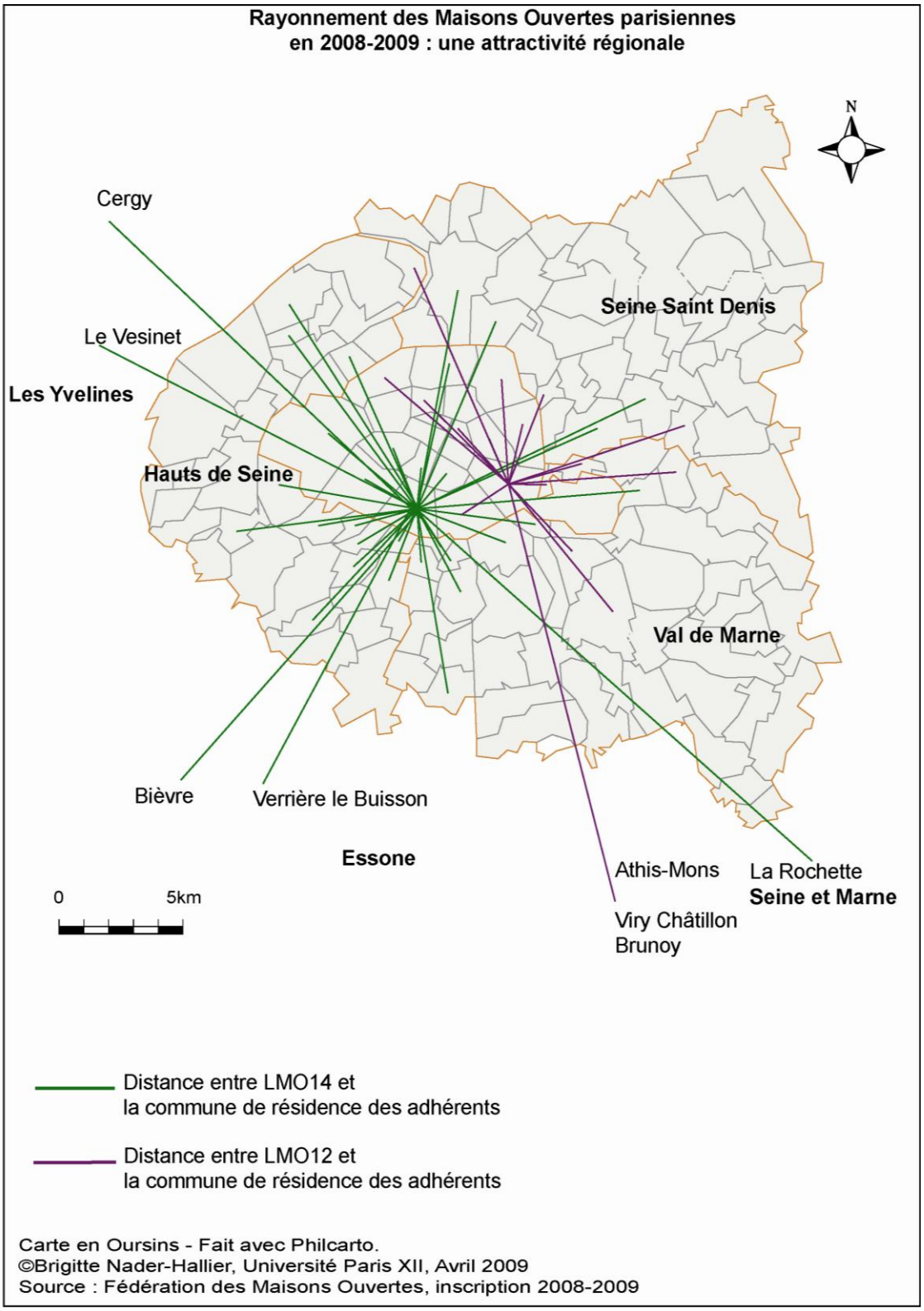
En 2008, Gisèle Bessac crée une deuxième « Maison Ouverte » dans le 12^{e} arrondissement. L'aire d'attraction de ces deux maisons ouvertes est alors très grande comme le montre la

Carte n° 35, puisque les adhérents viennent de la région parisienne. Cinquante pour cent des adhérents « banlieusards » habitent dans les communes limitrophes (Vanves, Montrouge, Issy les Moulineaux et Malakoff). L'attraction s'étend à la grande banlieue jusqu'à Cergy-Pontoise ou encore Brunoy au sud de Paris. L'aire d'attraction intra-muros privilégie la rive gauche,

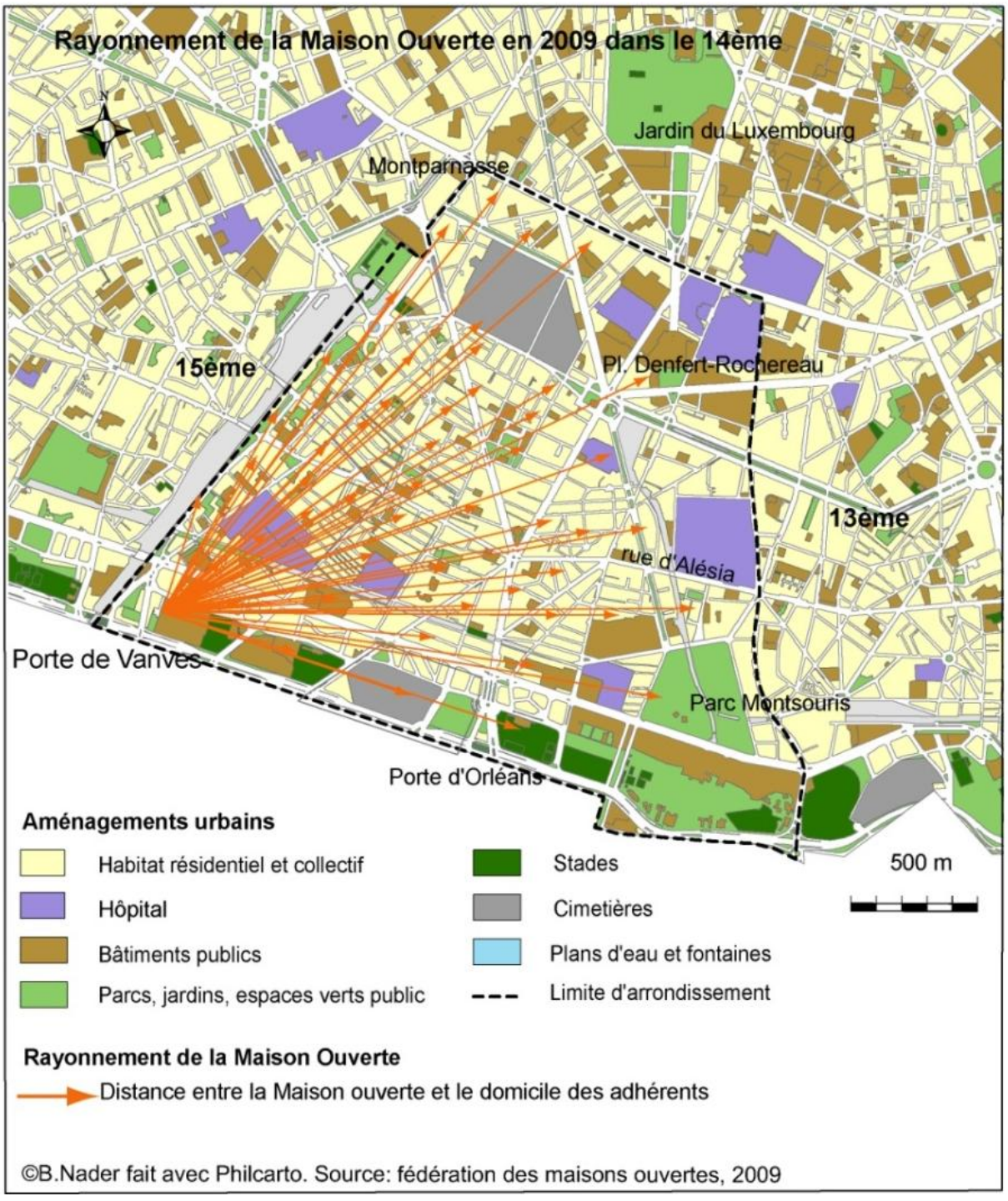
[183] http://www.fondation-internationale-carrefour.org/fic/partenaires/de-k-a-o/annuaire-de-k-a-o-folder/maison-ouverte.html

60% habitent dans le 14e (Carte n° 36). Tout comme le club Didot, La Maison Ouverte bénéficie de la proximité du métro Porte de Vanves, du tramway et des bus n°58 et n°95.

Carte n° 35 – Rayonnement des Maisons Ouvertes parisiennes en 2008-2009 – une attractivité régionale



Carte n° 36 – Aire d'attraction intra-muros de la Maison Ouverte du 14e



Les activités son payantes à l'unité entre 5 à 7 euros. L'adhésion n'est pas obligatoire, les personnes viennent lorsqu'elles le souhaitent participer aux différentes ateliers proposés : cours de Taï-Chi de Qi-Qong, harmonie et entretien corporel. En dehors des ateliers ou cours, une personne est chargée de l'accueil et de l'écoute. Anne Moszic diplômée d'un DEA de gérontologie et Alice Piguet, professeur de dessin, se relient à l'accueil pour discuter, écouter, mettre en relation les nouveaux avec les anciens. La décoration du lieu est sélectionnée pour former une unité, une chaleur. Tout comme dans les clubs, nous avons passé de longs moments à la maison ouverte et avons partagé en particulier les fameuses « rencontres autour des saveurs d'ici ou d'ailleurs », chaque personne faisant découvrir aux autres ses talents culinaires. (cf. annexe 12)

Photographie n° 35 - Le coin bar de la Maison Ouverte

Source : ©Maison ouverte 2006

« *Avant, j'allais au Qi-Jong et au chant, maintenant je ne vais qu'au repas pour discuter. Les accompagnateurs sont sympathiques, ce n'est pas la même chose que les clubs où les femmes sont infectes et l'ambiance ne me plaît pas. Ici, c'est un autre milieu* ». Odette, 75 ans

« *J'aime la compagnie et j'aime venir peindre ici* » *Pauline 86 ans, veuve, 4*^{ème} *étage sans ascenseur* »

« *Je fais du Taï-Chi et je vais au repas organisé tous les mois. Je passe toutes les semaines à la Maison Ouverte. J'aime la sympathie pour y passer un bon moment. Il y a une différence avec les clubs. Ici c'est beau et c'est plus jeune, mais surtout, c'est l'accueil qui compte,*

l'ouverture d'esprit, la disponibilité des animateurs, je ne viens pas que pour l'activité. » Anne 79 ans, veuve.

Photographie n° 36 - Cours de Qi Qong

Source : ©Maison ouverte 2006

« *La maison ouverte est un lieu de convivialité extraordinaire pour reprendre le moral avec un superbe accueil et des sourires. On y vient pour prendre un café, lire, partager des moments, échanger autour d'un repas à thème où chacun apporte quelque chose. Les séances de Yoga me permettent de garder la souplesse physique et d'accepter mes limites. J'en sors détendue avec un peu plus de tonus.* »

Julie (Planche 34 – Tome 2) a une appropriation territoriale fragile. Elle a des difficultés pour se déplacer et des problèmes de santé. Elle n'apprécie guère le quartier où elle habite, ni son appartement. Elle trouve en la Maison ouverte une chaleur qui lui permet de s'évader. Elle ne participe pas à des activités, mais s'y rend pour avoir de la présence. C'est un moteur pour elle, pour sortir, et rester intégrée dans la société.

9.1.3 Les autres formes de participation sociale dans l'arrondissement

9.1.3.1 Le bénévolat : l'atelier « couvertures et tricots » de la Paroisse Saint Pierre de Montrouge

La paroisse de Saint-Pierre de Montrouge propose plusieurs activités de bénévolat comme l'atelier « couvertures et tricots », l'atelier « couture », des heures de soutien scolaire, une bibliothèque. Ces ateliers sont tenus par des laïcs bénévoles. Nous avons enquêté auprès de sept bénévoles de l'atelier « *Couvertures et tricots* » qui se déroule le mardi après-midi. Dans l'ensemble de l'échantillon, la Paroisse Saint- Pierre de Montrouge est souvent citée dans des actions de bénévolat comme les cours de soutien scolaire. Une vingtaine de bénévoles s'y

rendent le mardi après-midi pour tricoter des carrés de laine qui seront ensuite assemblés pour confectionner des couvertures. Les ouvrages sont ensuite distribués aux associations caritatives, aux maternités et aux maisons de retraites. Ces femmes ont en commun le plaisir de tricoter, mais ce qui les réunit, c'est avant tout le lien social, le lieu convivial : « Avec Françoise, nous sommes toujours bien accueillies, c'est chaleureux ». Si ces personnes ont en commun une pratique régulière de la foi, elles viennent ici pour le lien social. Le centre paroissial est au cœur de leurs pratiques spatiales. Le rayonnement de la paroisse s'étend de Denfert-Rochereau à la Porte d'Orléans et quasiment d'est en ouest sur l'ensemble de l'arrondissement avec le bus n°62. Le centre paroissial constitue pour ces femmes un point d'ancrage essentiel dans leur territoire de vie. Pour certaines , cette activité est le seul lien social de la semaine. Pour d'autres, le bénévolat s'ajoute souvent à d'autres activités : Paulette (86 ans) partage son temps entre la paroisse et le club Didot. « *Je recherche des contacts et j'aime faire quelque chose d'utile, sortir de chez moi, avoir l'obligation de sortir pour éviter de me replier sur moi.* » (planche 36 – tome 2)

Blanche a 79 ans, elle est célibataire et habite le quartier depuis quatre ans. Cette ancienne cartographe de l'IGN habitait auparavant avec sa mère. A son décès, elle a dû déménager *« j'ai quitté mon village où j'ai vécu 70 ans*. *Au début, je ne savais pas si j'allais m'adapter, l'église m'a beaucoup aidé » : l'activité lui permet de tisser des liens sociaux et de trouver ses repères socio-spatiaux (planche 37 – tome 2).*

Le bénévolat prend des formes multiples: soutien scolaire, tricot, permanence dans des bibliothèques, permanence à l'accueil d'associations caritatives, visite de personnes isolées. Certaines personnes n'ont pas d'activités extérieures mais s'engagent auprès d'une tierce personne pour l'aider au quotidien.

9.1.3.2 les engagements politiques et citoyens : « l'empowerment »

Les engagements politiques, syndicaux, citoyens par le biais des conseils de quartier ou du PPE sont variés. Ce sont souvent des personnes qui militaient dans leur période active. Les retraités du Point Paris Emeraude sont pour certaines d'anciennes syndicalistes de la CFDT. Cet engagement leur permet de rester intégré et d'être citoyen. Louis (planche 42 – tome 2) est très actif et assure une permanence dans un syndicat. Il est membre du conseil de quartier Montsouris-Dareau, Marcelle (planche 43 – tome 2) assiste au conseil de quartier. Elle est membre du comité de retraités du PPE. Edmée (planche 93, tome 2), ancienne secrétaire à l'Assemblée Nationale parcourt les rencontres politiques organisées dans les cafés parisiens.

Planche n°93 : territoire de vie d'Edmée, 84 ans

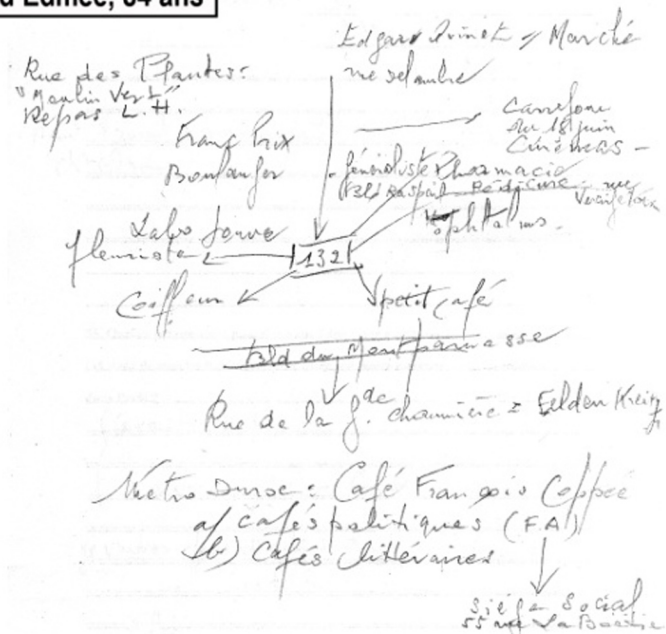
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, dont une partie est représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Edmée

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



Carte mentale d'Edmée, type village

Edmée a une «assez» bonne appropriation territoriale. Son engagement politique, ses activités sportives et récréatives ponctuent ses semaines et sont la base de son dynamisme. «*Cela m'apporte une mobilité et surtout me maintient intellectuellement, c'est un tout*». Sa participation sociale est son moteur et remplace une famille peu présente. Bien qu'habitant depuis 50 ans dans le quartier, Edmée y est peu attachée et connait peu de personnes. Sa carte mentale illustre son dynamisme : son organigramme nous permet de visualiser ses relations «spatiales socialisées». *(Entretien)*

Boulevard Montparnasse ©B.Nader 2009

Ces deux exemples illustrent ce que Jean-Philippe Viriot Durandal nomme le « pouvoir gris » ou encore la notion américaine d'*empowerment*[184].

9.2 QUELLES APPROCHES POLITIQUES POUR FAVORISER LA PARTICIPATION SOCIALE ?

9.2.1 Comment répondre aux besoins en matière d'offres, d'accessibilité et de qualité ?

36% des activités des 75 ans et plus se font à l'extérieur de l'arrondissement, 64% dans l'arrondissement. La mixité de la population du 14e implique des goûts différents, des attentes différentes. Les clubs ne correspondent plus aux attentes de la majorité de la population. Moins de 15 000 personnes de 55 ans et plus les fréquentent dans Paris. Les témoignages recueillis dans notre enquête rejoignent ceux du rapport du Bureau des temps de la Ville de Paris. Soit les commentaires sont positifs comme le montrent les exemples des planches 34, 21 ou 33 du tome 2, soit au contraire les personnes en rejettent la forme. « *Je ne veux pas aller dans les clubs, c'est pour les vieux qui ne parlent que de leurs maladies* ». Les clubs ont mauvaise presse dans Paris, le rejet se fait « par principe », on ne les connaît pas et on ne s'y voit pas. Les clubs sont surtout fréquentés par des populations d'employés, d'ouvriers et de professions intermédiaires.

En 2009, les concurrences étaient fortes entre les clubs Plaisance et Didot : peu de relations entre les deux animatrices. Chaque club reste dans son coin, a sa particularité, ses activités. Plusieurs générations s'y retrouvent, ce qui crée parfois des conflits d'usage au sein du club. Mère et fille ne veulent pas les mêmes activités, ou n'entendent pas faire évoluer le club de la même façon (témoignage entendu au club Plaisance).

Dans le club Plaisance, deux groupes se côtoient : les jeunes retraités de la résidence-appartement qui descendent pour les activités et les personnes non résidentes. Deux mondes partagent les activités mais ils gardent leur distance. Les clubs sont très féminins, ce qui effraie les hommes qui n'accompagnent leur femme qu'à l'occasion des déjeuners, dîners ou

[184] Il s'agit des engagements politiques, bénévoles , économiques, environnementaux ou culturels des personnes âgées qui , individuellement ou collectivement, leur confère un pouvoir dans la sphère publique et leur permettent de s'approprier ou de se réapproprier des rôles dans la construction sociale.(d'après J-P. Viriot durandal, 2002)

bals. Il est très difficile de s'intégrer dans un club sénior : s'ils sont accessibles à tous, il est préférable d'être coopté, de connaître quelqu'un.

Les clubs sont peu connus et s'affichent peu dans l'espace urbain, contribuant à maintenir leur mauvaise réputation. Leur fonctionnement autocentré ne se prête pas à une ouverture sur la ville. Le club Plaisance, rue de Ridder, est peu visible. La photographie de l'entrée montre un panneau discret. Un code d'accès à la résidence-appartement empêche toute personne d'y pénétrer si la gardienne est en pause.

Ce sont avant tout des lieux de convivialité qu'il faut ouvrir sur la ville ou le quartier où ils sont implantés. Les demandes sont nombreuses. il s'agit ici d'un besoin collectif et individuel pour trouver de la présence, pour discuter.

L'inscription dans un club est aussi un parcours du combattant ; il faut s'inscrire dans le CAS de l'arrondissement. Lors de notre enquête, les CAS n'étaient pas équipés d'un intranet, pour connaître en temps réel les disponibilités des cours proposés. L'informatisation des clubs est une nécessité pour assurer un meilleur fonctionnement, et mieux répondre aux besoins de la population.

En dehors des clubs, les offres de la ville de Paris sont mal connues et peu utilisées. Le Tableau n° 15 illustre la méconnaissance des personnes interrogées dans l'enquête.

Tableau n° 15 - Connaissance des 75 ans et plus de l'offre de loisirs de la Ville de Paris

Offre de loisirs du CASVP	**je connais**	**j'utilise**
Séjours de vacances VP	48,1	8,9
Ateliers	39,9	5,1
Croisières	38,6	5,1
Visites guidées des jardins	47,5	10,1
Thés dansants	43,7	3,8
Boîte de chocolat	**76,6**	**51,9**
Place de spectacles gratuites	**57,6**	**18,4**
Bals et galas	46,8	8,9
Université permanente	47,5	8,9
Activités des clubs séniors	**66,5**	**24,1**
Activités des centres d'animation VP	44,9	7,0

9.2.2 Quels professionnels et quelles politiques publiques ?

Le CASVP central est tout puissant et répartit une offre dans l'ensemble de Paris en fonction de ses budgets. Son manque de souplesse ne permet pas de répondre aux besoins des quartiers. Les CAS locaux ont peu de marge de manoeuvre pour adapter l'offre aux demandes de l'arrondissement. Lors de notre présentation des résultats de l'enquête au CICA de l'arrondissement, Monsieur Cherki, Maire du 14^{e} a évoqué le souhait d'une indépendance plus forte de la mairie pour organiser les activités des clubs et ainsi mieux adapter l'offre aux besoins locaux.

Les budgets sont de plus en plus restreints, ce qui limite les activités proposées. Par exemple, au club Plaisance, une ou deux journées étaient organisées avant 2006 pour une visite, une randonnée… les personnes rencontrées seraient prêtes à donner une somme

symbolique annuelle pour bénéficier à nouveau de ces sorties qui permettaient une cohésion du club. La gratuité des clubs est un débat au CASVP. En outre, la gratuité des clubs est remise en cause. Cette question est en débat au CASVP. Faut-il mettre en place le même système que dans les centres d'animation parisiens où les adhérents payent en fonction de leur quotient familial ou faut-il maintenir la gratuité ? La politique actuelle privilégie la gratuité mais ferme les clubs où les adhérents sont les moins nombreux. Dans la brochure de 2011, on constate la disparition de petits clubs de proximité comme le club Sablière. En revanche, un rééquilibrage s'opère dans les 12^{e}, 11^{e} et 20^{e}.

Un autre besoin a été identifié lors de l'enquête : pourquoi ne pas pouvoir s'inscrire dans un club sénior géré par le CAS, à Vanves ou à Châtillon et inversement ? Les échanges entre communes, la mutualisation des ressources sont des pistes intéressantes : si la majorité des personnes restent dans la commune ou l'arrondissement pour pratiquer des loisirs, l'autre moitié se déplace volontiers et n'hésite pas à prendre plusieurs moyens de transport.

La mise en place d'une politique de loisirs adaptée à la population suppose de s'interroger sur la formation des animateurs. Dans les clubs, la formation est inexistante. Les animateurs et les agents hospitaliers sont recrutés sur concours (catégorie C ou B) sans formation spécifique. Losrqu'ils sont titularisés, les formations sont peu nombreuses. Une des animatrices rencontrées demandait depuis quatre ans un stage portant sur la psychologie des personnes âgées.

Les réflexions des personnes les plus fragiles sont édifiantes : *« l'animatrice me crie dessus lorsque je n'arrive pas à me connecter…alors je ne veux pas y retrouner* » , Irma, 77 ans. La bonne volonté des animatrices ne remplace pas une formation.

9.2.3. Ne pas oublier les résidences-services !

L'enquête menée au sein de la résidence-services des Arbustes a montré la faible participation sociale des résidents. Les activités proposées à l'intérieur de la résidence ne permettent pas une ouverture sur la ville. Certaines animations sont proposées régulièrement aux résidents mais elles se déroulent à l'intérieur de la résidence. C'est parce que ces personnes sont déjà fragilisées qu'il faut leur proposer des activités en dehors de la résidence pour les maintenir en tant que citoyen, en tant que personne dans la cité. Une véritable réflexion est à mener : les résidences-services ne sont pas des maisons de retraites mais bien un intermédiaire entre l'EHPAD et le domicile. La résidence ne doit pas enfermer mais doit être un support pour conserver son autonomie.

CONCLUSION

Les 75 ans et plus apparaissent très attachés aux lieux et aux ambiances conviviales rattachés à la pratique de leurs activités. Ils souhaitent néanmoins rester libres, sans contrainte et sans engagement financier, pour s'investir pleinement au moment qu'ils choisissent. Les clubs, la paroisse, la maison ouverte sont autant de lieux qui leur permettent de demeurer investis et intégrés dans la société. Les attentes sont nombreuses pour bénéficier d'une offre variée de loisirs. Répondre à l'offre est une chose, assurer son bon fonctionnement et la rendre séduisante en est une autre. L'offre municipale doit s'adapter pour mieux répondre, localement, aux besoins des Parisiens âgés. L'ouverture des clubs sur la ville devient essentielle.

CHAPITRE 10
DU DIAGNOSTIC LOCAL À UNE POLITIQUE TERRITORIALE DU VIEILLISSEMENT

INTRODUCTION

Nous proposons dans ce dernier chapitre un diagnostic local qui s'appuie sur les réponses des 75 ans et plus de l'arrondissement, les rencontres avec les différents acteurs ainsi que nos observations. Si certains besoins sont propres au grand âge, l'ensemble des besoins exprimés sont intergénérationnels. Ainsi, pour améliorer la qualité de vie, nous aborderons en premier lieu les besoins spécifiques pour ensuite, évoquer un point essentiel de la qualité de vie en ville, l'information, vecteur majeur de l'intégration dans un territoire. Ce diagnostic local nous conduira à changer d'échelle pour réfléchir sur la nécessité de mettre en place une réelle politique territoriale du vieillissement, à l'heure de la réflexion nationale sur le « bien vieillir », le « vieillir ensemble » et la prévention de la dépendance. Nous terminerons par un bilan et les perspectives qui s'ouvrent à la suite de ces recherches.

10.1 DES BESOINS TERRITORIALISÉS ET INTERGÉNÉRATIONNELS POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE

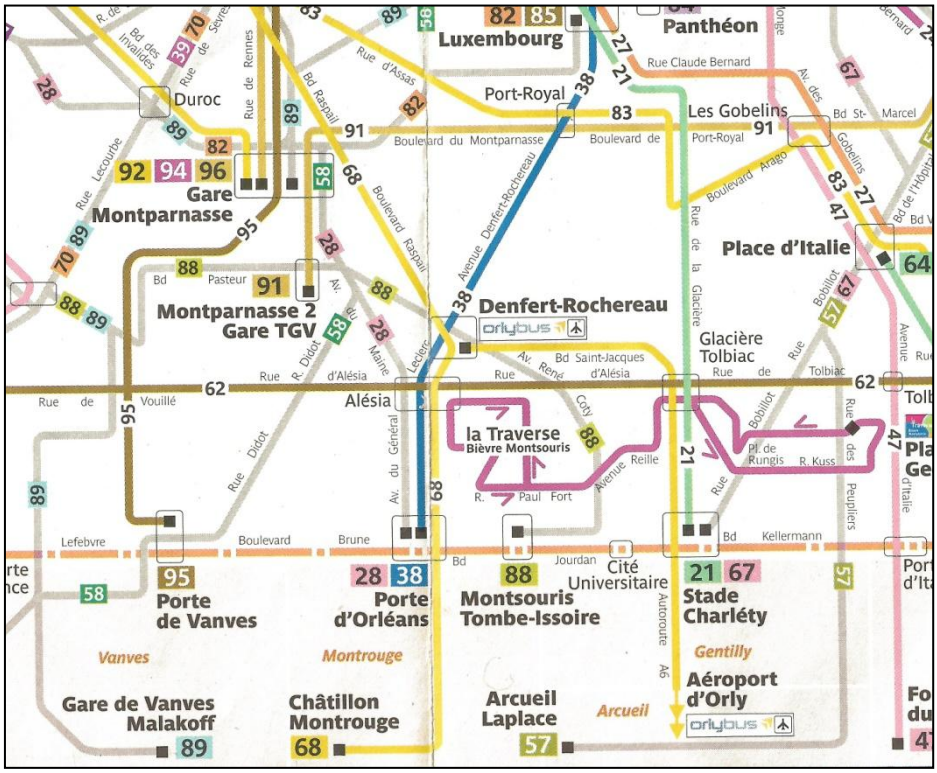
10.1.1 L'accessibilité, pour conserver sa mobilité et son autonomie

L'étude des pratiques spatiales des 75 ans et plus dans l'arrondissement permet d'identifier les axes les plus fréquentés et les territoires de moindre accessibilité. S'approprier son territoire de vie suppose de pouvoir s'y déplacer et d'utiliser les services de proximité mis à sa disposition. La structure de l'arrondissement privilégie les circulations méridiennes : se déplacer du nord au sud est relativement aisé en métro et en bus. En revanche, les traversées est-ouest le sont beaucoup moins, excepté deux grands axes constitués par la rue d'Alésia et le tram des boulevards des Maréchaux. Entre ces deux axes, il faut marcher pour atteindre les lignes de bus. Les déplacements entre la rue Raymond Losserand, la rue Didot et la rue des Plantes (où passe le bus n°58) ne se font qu'à pied. Au nord de la rue d'Alésia, entre la

rue Vercingétorix et l'avenue du Général Leclerc; la ligne n°58 remonte la rue Didot mais un manque apparaît clairement dans l'axe est-ouest (Carte n° 37). L'étude des déplacements des 75 ans et plus dans le quartier de la Porte de Vanves met en évidence l'absence de bus rue Raymond Losserand : le n°58 passait il y a quelques années quand son trajet fut modifié dans les années 2000 pour fluidifier la circulation. Les impératifs de circulation routière ont oublié les usagers pédestres de tous âges et en particulier ce quartier, où se concentre une population âgée : la rue est longue, balayée par un courant d'air continuel, sans banc pour s'asseoir et faire une pause. Cette rue mène à la rue d'Alésia où se situe une offre de commerces de proximité plus importante, et au Club sénior Plaisance. Il existe à l'est du 14^{e} un bus dénommé « La Traverse » qui relie des quartiers résidentiels entre le 13^{e} et le 14^{e}. Ce petit bus est emprunté en particulier par des personnes âgées pour faire leurs courses. L'implantation d'une nouvelle « Traverse » nécessite une étude de faisabilité, en particulier sur la fréquence et le nombre de personnes concernées. Son financement dépend en partie du Syndicat des Transports d'Ile-de-France (STIF), financeur des transports en commun de la région. La Mairie du 14^{e} est consciente de ce manque, et évoque sa dépendance à l'égard du STIF. Pourtant, certaines communes en banlieue mettent en circulation des bus ou navettes gratuits, tel le Service Urbain de Boulogne Billancourt (SSBB) qui circule dans la commune, dans les espaces mal ou moins bien desservis par les transports en commun. Cela implique des choix financiers mais renvoie également à la dépendance des collectivités locales à l'égard du STIF. C'est toute la difficulté de cette imbrication d'acteurs et de territoire de pouvoir.

Le désenclavement du sud-est de l'arrondissement a déjà commencé par l'arrivée du tram, une ligne de bus supplémentaire semble essentielle pour désenclaver totalement cet espace.

Carte n° 37 - Plan des bus dans le 14e arrondissement



Source : RATP

L'accessibilité aux moyens de transport fut également évoquée : en lisant la littérature, on retrouve les mêmes besoins : des bus trop éloignés du trottoir, démarrant trop rapidement sans attendre que les personnes âgées soit assises, le manque d'escaliers roulants dans les deux sens et surtout, des ascenseurs plus nombreux dans les stations de métro.

L'accessibilité dans les transports en commun a un coût non négligeable. 26,8% des personnes interrogées utilisent la carte émeraude assurant la gratuité des transports dans les zones 1 et 2, 5,1 % utilisent la carte Améthyste assurant la gratuité pour les zones 1 à 8 de la RATP. Pour les 68,1% restant, le coût des transports est le même que pour les actifs. La demande d'une mise à disposition d'un ticket à demi-tarif apparaît dans les propositions des aînés de l'enquête et chez les personnes présentes à la rencontre-débat du 12 mai 2011. En observant les nombreux déplacements des personnes âgées, le coût d'un « Pass Navigo » s'ajoute à celui des loisirs. Si cela ne pose pas de problème pour les plus aisés, une partie ressent une gêne financière et se déplace moins. Il s'agit d'une piste à ne pas négliger pour favoriser les déplacements, la mobilité des aînés.

10.1.2 Les services à la personne

Plusieurs questions furent posées dans l'enquête sur la possibilité de se faire accompagner pour sortir davantage de son domicile. A la question n°41 « *si quelqu'un vous accompagnait, prendriez-vous plus souvent les transports en commun* », 10,8% sont intéressés. Certaines soulèvent les problèmes qui en découlent : à quel prix, ne pas être tributaire de quelqu'un ou encore « *qui voudrait bien attendre la fin d'un rendez-vous chez le médecin* ? ». Il y a un manque de services à la personne pour un accompagnement personnalisé. Des services existent pourtant : « Les Compagnons du voyage » mais les prestations sont onéreuses et ne sont pas accessibles à tous. Les jeunes effectuant leur service civil répondent à cette demande mais ce service n'est pas assez connu et leur nombre n'est pas suffisamment important.

Dans la question 25 « *si vous pouviez bénéficier d'un accompagnement (véhiculé ou pas), sortiriez-vous davantage ?* », 64,8% répondent qu'ils ne le souhaitent pas, 22,1% ne savent pas et 13,1% en ressentent le besoin. L'analyse statistique établit un lien entre les personnes ayant une appropriation territoriale fragile (PEM 30%) et celle qui ne savent pas, qui hésitent et qui ont une appropriation assez-bonne (27%) quel que soit l'âge. Il existe un service à Paris dédié aux personnes handicapées et aux personnes âgées bénéficiant de l'APA qui se déplace à la demande : il s'agit du Paris Accompagnement Mobilité (PAM). Les personnes rencontrées n'en parlent pas car le PAM est davantage perçu comme étant un bus à l'usage d'handicapés et non de personnes à mobilité réduite. Deux personnes de l'enquête le prennent régulièrement, il s'agit de deux habitantes de résidence-services. Jeanne, 82 ans le prend pour aller au cimetière en banlieue : « *il me dépose, mais je suis obligée d'attendre dans le froid pour qu'il revienne me chercher. J'ai déjà attendu deux heures. Je suis bien obligée de le prendre, je ne peux pas faire autrement*». Entre le bus traditionnel et le PAM, il n'y a pas de solution intermédiaire : 10% de l'échantillon, c'est-à-dire les personnes les plus fragilisées, souhaiteraient un service à la demande et seraient prêts à payer 5 euros la course pour être accompagnés. Dans le Gers, le Conseil Général a développé un service d'auto-école solidaire pour lutter contre l'isolement rural (cf. annexe 13) : ce service pourrait s'imaginer dans chaque arrondissement en partenariat avec les auto-écoles. Cela permettrait aux personnes âgées d'accepter un service et de se sentir toujours autonomes et libres.

Les autres besoins exprimés portent sur le maintien des commerces de proximité. Beaucoup ont fermé et ne sont pas remplacés. Les conseils de quartier évoquent souvent ce problème et demandent à la mairie d'intervenir lorsque le bail commercial se situe dans un bâtiment géré par les bailleurs sociaux. On retrouve dans les questionnaires un besoin récurrent qui concerne les petits bricolages : « *on ne sait jamais à qui s'adresser, c'est trop cher* » ou encore « *j'ai juste besoin de quelqu'un pour changer mon joint de douche, fixer un cadre au mur… »* Il existe des entreprises, mais elles ne sont pas connues et les aînés préfèrent appeler quelqu'un qui a des références. Les entrepreneurs ne sont pas toujours intéressés pour une petite intervention peu rentable. Les échanges de services entre habitants interviennent dans certaines petites communes, en province ou dans certains quartiers. En outre, le recul du nombre de gardiens, y compris dans les espaces gérés par les bailleurs sociaux, est au cœur des besoins. Ce métier est à réhabiliter, pour répondre aux petits et grands besoins du quotidien. Le développement des « concierges » dans les grandes entreprises en est une parfaite illustration chez les actifs. Le débat porte toujours sur le coût pour les personnes âgées, sur la création d'emplois à temps complet, avec des personnes formées et bien rétribuées.

Les services à la personne concernent en outre les assistantes ménagères qui viennent à domicile pour des heures de ménage, ou pour faire des courses. Dans l'ensemble de l'échantillon, 20% des personnes ont recours à ce service. Nous retiendrons la réflexion d'Emma, 102 ans, qui voit « passer » chez elle plusieurs personnes chaque jour. « *Elle est gentille avec moi, vous comprenez, mais elle ne parle pas, elle ne me dit rien sur ce qui se passe au dehors, donc je n'ai rien à lui dire.* ». De nombreux emplois se créent depuis la loi Borloo de 2004. Cependant, les personnes concernées ne sont pas toujours bien formées et certaines d'entre-elles ne le conçoivent qu'à titre temporaire, dans l'attente d'un emploi plus valorisant. S'occuper de personnes âgées est un métier tout comme s'occuper de jeunes enfants. Nous sommes ici dans la même logique que la formation pour les activités récréatives ou sportives.

10.1.3 L'environnement urbain

Les personnes âgées sont mobiles mais ont besoin de se reposer sur un trajet. La question des bancs revient régulièrement dans les entretiens : ces bancs sont essentiels pour se reposer sur son trajet, pour faire une pause. Ce sont en outre des lieux de sociabilité. Les personnes habitants dans la résidence-services Beaunier souhaitent des bancs sur le trottoir,

« *pour être au jardin* » : le banc est ici le moyen de conserver son lien avec le monde extérieur. Cette réflexion renvoie à l'aménagement de l'extérieur des résidences-services pour qu'elles soient intégrées socialement dans l'espace urbain.

10.2 L'INFORMATION, AU CŒUR DE LA QUALITÉ DE VIE DES TERRITOIRES.

10.2.1 L'état de la connaissance des aides et des acteurs de l'arrondissement.

Une partie du questionnaire portait sur la connaissance des acteurs et sur l'information disponible. Lors de la relecture du questionnaire, la DASES nous a suggéré d'insérer, une série de questions portant sur les aides et les prestations du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris. Le Tableau n° 16 établit le bilan des réponses données. Pour une meilleure visibilité, nous avons seulement indiqué ce qui était connu et utilisé par les personnes enquêtées. Les deux colonnes de droite donnent les derniers chiffres disponibles accompagnés des moyennes pour le 14^{e} arrondissement et la moyenne parisienne du taux de couverture des prestations.

Tableau n° 16 - Utilisation des aides et prestations du CASVP des 75 ans et plus

aides et prestations CASVP/DASES	je connais %	j'utilise %	Moyenne de l'arrondissement Pour les 75 ans et plus	Moyenne parisienne Pour les 75 ans et plus
Carte Émeraude.	**85,9**	**53,8**	**27%**	**29.5**
Carte Améthyste	**45,3**	10,7	1.6	
Aide au paiement des factures	12,7	0,0		
Complément santé Paris	14,6	3,2		
APA /taux de couverture	**33,5**	1,9	10.2	10.5
Allocation Ville de Paris	20,3	4,4	3.5	3.6%
Restaurant Émeraude.	54,1	**18,5**		
Téléalarme	57,6	3,2	44.9	45.4
Port de repas à domicile	58,9	2,5	19.6	16.2
Pédicurie à domicile	43,0	4,4	19.9	21.8
Coiffure à domicile	38,9	1,9	15.7	16.6

Diagnostic Habitat	23,4	0,0	0	0
PAM	31,6	1,9		

Les prestations les plus connues sont les cartes de transport : ce sont celles qui sont le plus utilisées par les Parisiens âgés, en moyenne 29% des 60 ans et plus. La condition requise pour obtenir la gratuité des transports au 31 décembre 2008 était *«d'acquitter un impôt-avant imputations- inférieur à 2 028 euros (première demande) ou à 2 287 euros (renouvellement) »*.[185]

Dans le 14e arrondissement, 28,9% des 60 ans et plus bénéficient de cette prestation (la moyenne étant de 29,5 % pour l'ensemble des parisiens âgés de 60 ans et plus). A l'exception des cartes de transport, les autres prestations sont peu connues, notamment l'Aide Personnalisée d'Autonomie dont seulement un tiers de l'échantillon connaît l'existence. Les réponses concernant les restaurants Émeraude sont biaisées, car les personnes confondent souvent soit avec le Point Paris Émeraude ou la carte Emeraude . Les personnes qui déjeunent au restaurant Émeraude sont en majorité des personnes habitant en résidences-services.

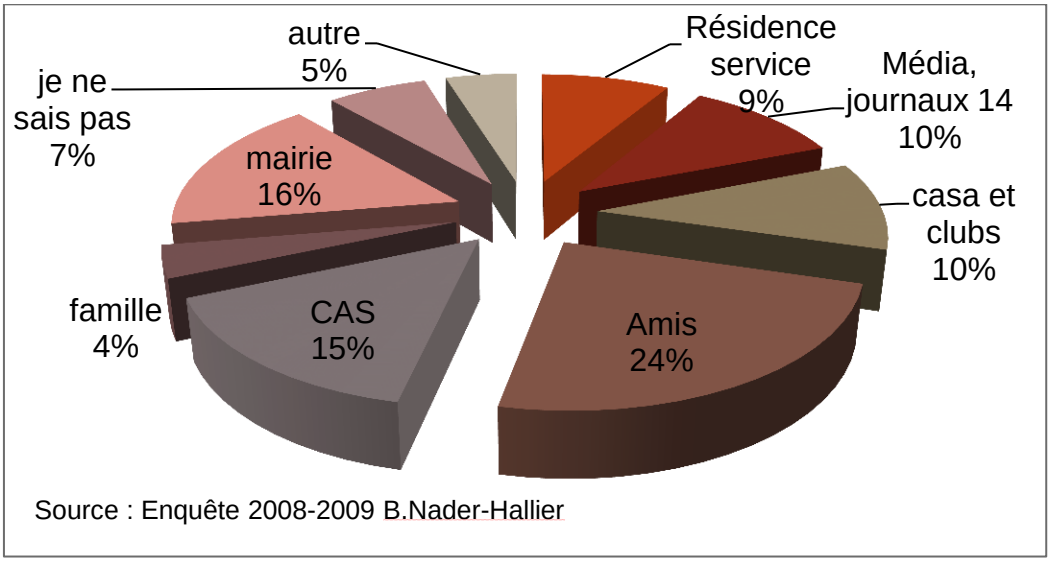
Les prestations spécifiques liées au « Minimum Vieillesse » (Allocation Ville de Paris et Complément Santé Paris[186]) sont peu connues par les personnes interrogées. Les personnes en bénéficiant logent toutes dans une résidence du CASVP. La majorité des personnes ne connaissent pas l'APA ou encore les prestations comme le diagnostic habitat. La majorité déclare ne les connaître « qu'un peu ».

[185] www.paris.fr

[186] **L'Allocation Ville de Paris** est une aide destinées aux personnes âgées de 65 ans et plus (ou de plus de 60 ans si elles sont reconnues inaptes au travail) qui disposent de revenus modestes, afin de leur garantir un minimum mensuel de ressources.

Le Complément Santé Paris est une aide destinées aux personnes âgées de 65 ans et plus (ou de plus de 60 ans si elles sont reconnues inaptes au travail) qui disposent de ressources modestes afin de les aider à régler leurs frais d'adhésion à une mutuelle ou à un organisme complémentaire de santé.

Graphique n° 34 - Si vous désirez des renseignements sur les services dédiés aux personnes âgées, à qui vous adressez-vous ?



Source : Enquête 2008-2009 B.Nader-Hallier

Les réponses à la question n°27 permet de conforter le rôle du bouche à oreille dans l'information que l'on peut avoir au grand âge : les amis renseignent en premier, suivis par la mairie (16%) et par le centre d'action sociale (15%). Le PPE apparaît dans le « autre ». 7% ne savant pas où s'adresser pour des renseignements spécifiques. La deuxième partie de la question était plus précise *« Si vous avez besoin d'une aide à domicile, à qui vous adressez-vous* ?»: ce sont d'abord les amis, la famille qui sont les vecteurs de l'information, suivis par la Mairie et par le CAS. Seules 37,4% des personnes interrogées connaissent le PPE (y compris les quatre personnes du comité des retraités du PPE) et 11,9% connaissent l'association « Tout sous un même toit », guichet d'information sur la maladie d'Alzheimer. Une très grande confusion apparaît lors des entretiens entre Point Paris Émeraude, la carte Émeraude et les restaurants Émeraude ainsi que dans les rôles respectifs du CAS, du PPE et de la Mairie. La mairie reste la plus connue, le PPE est quant à lui peu connu.

Deux explications permettent de comprendre pourquoi si peu de personnes connaissent réellement les acteurs du territoire. Tout d'abord, les personnes n'expriment pas le besoin de s'informer, elles estiment que pour le moment, elles n'en ont pas besoin et puis « *on verra le moment venu* ». Ensuite, les personnes âgées comptent beaucoup sur leur famille pour une aide future. Les conseils de quartier sont peu connus des aînés : le rôle du conseil de quartier n'est pas clairement identifié.

Il n'est pas toujours facile de rechercher une information. Les appels téléphoniques sont automatisés, ce qui, à tout âge, fait reculer les bonnes volontés. De nombreuses informations

sont disponibles sur internet mais les personnes très âgées font partie de cette génération qui n'a pas utilisé l'informatique dans sa vie active. Les informations recherchées sont liées à la vie de quartier et pas nécessairement au champ médico-social.

10.2.2 Améliorer la diffusion de l'information

Le « tout » information numérique entraîne une forme de dépendance pour les plus âgés. De nombreuses personnes nous ont parlé d'internet dans leurs loisirs, mais elles ne représentent que 20% de l'échantillon. Certaines prennent des cours d'informatique, mais reculent devant l'achat d'un ordinateur. L'information papier doit rester et arriver à domicile dans la boîte aux lettres. Le PPE a mis en place une brochure sur les loisirs spécifiques dédiés aux séniors. Cette brochure est disponible au PPE et à la mairie, mais reste finalement peu diffusée. Certaines personnes évoquent le retour d'un bus sur les marchés qui serait un pôle d'information ambulant dans les quartiers plus éloignés de la Mairie. Les forums du PPE ont un certain succès, car ils permettent de venir chercher une information générale. Les personnes âgées n'aiment pas déranger. Plus que le papier, les aînés sont attachés à un interlocuteur, à un lieu.

Un journal trimestriel traitant des manifestations de l'arrondissement avec des personnes qui aimeraient découvrir des lieux, des conférences. Marie, 85 ans, souhaiterait rencontrer des gens, mais ne sait pas où se renseigner et estime qu'« *à son âge, il est difficile de se faire des amis*. ». Elle habite pourtant à 200 mètres du secours catholique qui organise deux après-midi par semaine de goûters, de rencontres. Il s'agit là d'une illustration parmi d'autres de la mauvaise diffusion de l'information.

La mairie donne de nombreuses informations, le site internet a considérablement changé depuis le début de l'enquête : mais il manque sans doute une entrée par quartier : « j'habite telle rue, voilà ce que j'ai à proximité de chez moi : associations, cours de gym… »

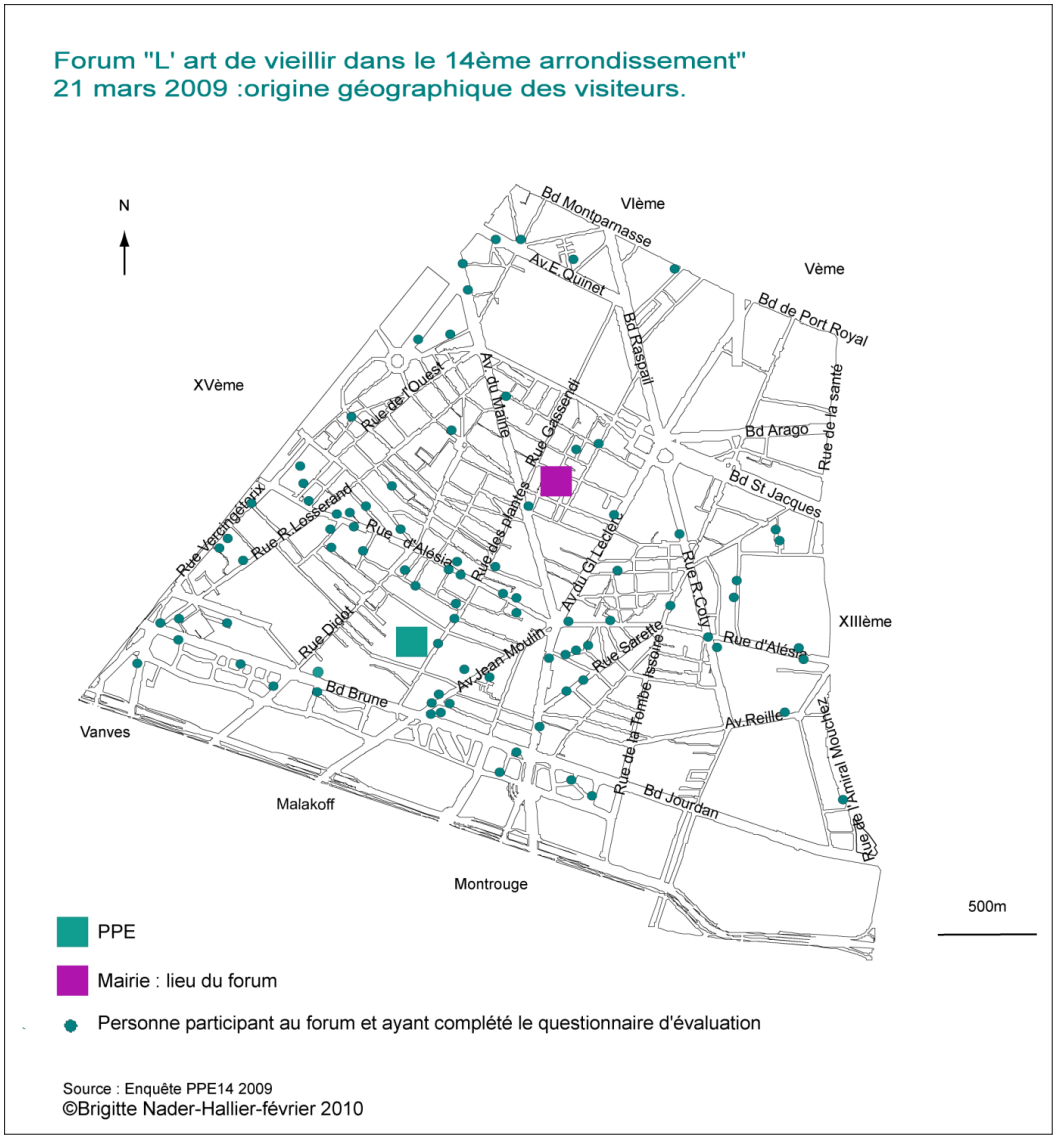
Ce travail est nécessaire et suppose un suivi. Il est utile pour toute la population. On revient ici au rôle des gardiens dans la transmission des informations.

Lors de nos entretiens entre 2008 et 2010 nous avions senti un cloisonnement très marqué entre les acteurs du CAS, du PPE, de la mairie et de l'ASV. Si leurs missions restent spécifiques, leur fonction commune consiste à s'adresser aux citoyens. Une meilleure communication entre acteurs et surtout, une meilleure cohésion, permettrait une meilleure communication dans ce domaine.

L'idée des maisons de quartier, de lieux de convivialité se retrouve dans de nombreux questionnaires, ils pourraient constituer des pôles d'information et de rencontres.

Lors des rencontres et des forums organisés par le PPE, la promotion de ces manifestations n'a pas toujours été véhiculée par l'ensemble des acteurs. Nous avons cartographié l'origine géographique des personnes venues aux différentes manifestations du PPE. La Carte n° 38 localise l'adresse des visiteurs : ils résident surtout le long de la rue d'Alesia, le long des boulevards des Maréchaux, ce qui correspond au trajet des principales lignes de bus. Certains quartiers sont peu représentés car l'information ne se diffuse pas. Ils sont également plus éloignés géographiquement de la mairie où se déroulait le Forum. La mauvaise diffusion de l'information est le signe d'une mauvaise coordination entre acteurs.

Carte n° 38 - Origines géographiques des visiteurs du forum de 2009



10.3 LES ACTEURS LOCAUX, AU CŒUR D'UN POLITIQUE TERRITORIALE DU VIEILLISSEMENT

10.3.1 Des projets, mais des difficultés pour les réaliser

Les projets sont nombreux, les réunions entre acteurs aussi. L'imbrication des territoires administratifs, médico-sociaux appelés par Dominique Argoud « des territoires de pouvoir » (2010), conduisent parfois à l'échec de projets innovants.

En 2005, un nouveau projet dénommé I-Lo prévoyait la création d'un lieu de rencontres et de services dans l'îlot Vercingétorix. Cet îlot se situe dans le quartier de la porte de Vanves, dont la rénovation était en cours dans le cadre du GPRU. Deux acteurs principaux étaient à l'origine du projet : le PPE et la SAGECO , principal bailleur social du quartier. Un groupe de pilotage se mit en place réunissant l'ensemble des partenaires du réseau gérontologique : le PPE, la CRAMIF, le SSDP , les représentants des bénévoles retraités du PPE14 ; l'association France Alzheimer Paris Sud, La « Maison ouverte », les services du maintien à domicile, le Pact de Paris, le réseau Handicap 14^{e}, le service de développement local, Les Petits Frères des Pauvres. Le groupe de pilotage fit appel au Centre de Liaison, d'Etude et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées (CLEIRPA) pour l'étude de faisabilité. L'objectif était de créer un lieu d'échanges où les habitants du quartier pourraient trouver une aide administrative, une aide au petit bricolage, la présence d'associations, des manifestations intergénérationnelles… En 2007, La Maison ouverte, quittant l'Hôpital Broussais, proposa de partager les lieux de l'I-Lo ainsi que les frais. Le projet, pourtant au cœur de besoins de la population, n'a pas abouti pour des raisons financières. Il ne rentrait pas dans un cadre administratif prédifini. La Maison Ouverte en fit les frais. Son financement reposait sur des dons de fondations (Fondation Carrefour), des financements de la Ville de Paris et diverses autres sources. Les activités étaient payantes à l'unité, la Maison Ouverte refusant le principe de l'abonnement. Le financement côté « usager » n'était sans doute pas suffisant pour maintenir sa viabilité. La Maison ouverte était davantage considérée comme une association pour des aînés sans difficultés et non comme un lieu ressource d'arrondissement. Celle du 12^{e} était davantage intergénérationnelle : les enfants du quartier venaient y faire leurs devoirs, aidés par les personnes présentes du fait de leurs activités. La Maison ouverte commençait à être connue et conseillée par les généralistes et les professionnels para-médicaux. Lorsque Gisèle Bessac a cherché les derniers financements, elle s'est heurtée de front à ce cloisonnement administratif : pour bénéficier d'un

financement, il convenait de détenir un agrément médico-social. Il faut donc redonner une marge de manœuvre à des projets intergénérationnels, légiférer dans ce sens, et privilégier les projets locaux.

10.3.2 La restructuration du Point Paris Emeraude et ses conséquences sur le territoire

La DASES a lancé en janvier 2011 un appel à projet pour remodeler les Points Paris Emeraude. Parallèlement à la structuration d'un nouveau schéma gérontologique, la restructuration des PPE répond à plusieurs objectifs : rééquilibrer les territoires en regroupant les structures, redéfinir les missions des CLIC pour se focaliser sur le public en situation complexe et d'isolement et renforcer les équipes pluridisciplinaires.[187] Les missions de prévention demeurent, mais avec le souhait qu'elles soient davantage coordonnées avec les mairies d'arrondissement. La DASES envisage de développer à terme des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (M.A.I.A.) qui pourraient, à terme, supplanter les CLIC. 6 secteurs remplacent les 16 précédents et regroupent les arrondissements suivants:

- 1, 2, 3, 4, 5, 6
- 7, 15, 16
- 13, 14
- 8, 17, 18
- 9, 10, 19
- 11, 12, 20

Cette restructuration pose un certain nombre de questions. Les PPE étaient peu connus de la population âgée, leur regroupement ne va-t-il pas les déterritorialiser davantage ? Dans l'exemple du regroupement du 13^{e} et du 14^{e}, les deux PPE doivent chercher un nouveau local, accessible par la ligne de bus n°62 qui traverse les deux arrondissements. Il leur faut ensuite mettre en commun des pratiques différentes : le comité de retraités du PPE du 14^{e} n'existe pas dans le 13^{e}. Le territoire à couvrir est plus important et le nombre de personnes âgées aussi. On peut se poser la question de la réelle équité territoriale si l'on considère le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans les différents arrondissements. Les 15^{e}, 16^{e} et 7^{e} sont les arrondissements les plus vieux de Paris. Si les revenus par habitant sont

[187] Entretien téléphonique avec Madame Debray, responsable de la coordination gérontologique des PPE/CLIC, DASES.

plus élevés, la demande est réelle. Le glissement vers les M.A.I.A entraînera à terme une disparition des CLIC à Paris. On voit bien ici, dans l'évolution, une logique de sectorisation et non une politique territoriale à échelle locale, c'est toute l'ambiguïté entre les territoires de pouvoir et les territoires de vie.

10.3.3 Renforcer la coordination entre les acteurs locaux et privilégier les projets de proximité

Plusieurs projets vont voir le jour à partir de 2012 qui entrent dans une politique territoriale de proximité. La réhabilitation de l'ancienne gare du Petit-Montrouge, l'installation d'un nouveau marché boulevard Jourdan, ou encore l'installation d'un lieu de convivialité, encore à définir, dans de nouveaux bâtiments situés Porte d'Orléans sont des réalisations de proximité. Le vieillissement touche l'ensemble des acteurs et doit aboutir à des réalisations concrètes. La redéfinition des missions des PPE suppose une meilleure coordination avec la Mairie et le CAS, les caisses de retraite et l'ensemble des associations. La politique de prévention de l'isolement et de la dépendance-vieillissement est l'affaire de tous les acteurs institutionnels ou non.

La création d'un lieu de convivialité situé Porte d'Orléans est une opportunité pour repenser la philosophie, l'accueil, l'ouverture sur la ville. Le renforcement des acteurs existants suppose aussi une plus grande liberté d'action dans la politique de loisirs, par exemple pour mieux s'adapter à la mixité sociale qui caractérise l'arrondissement.

En 2009, un projet a réuni la RATP, la Mairie, la Cité universitaire et différentes associations du 13^{e} et du 14^{e} dans l'objectif de développer de nouveaux services de proximité et de favoriser les échanges intergénérationnels et interculturels autour de la gare Cité Universitaire. Quels services et liens avec les personnes âgées du quartier ? Comment développer l'accessibilité et les solidarités entre les jeunes de la cité et les personnes âgées de l'arrondissement ? Nous n'avons pas eu de nouvelles du projet mais la démarche semble intéressante car elle abolit les frontières des arrondissements et ambitionne une offre de services réellement intergénérationnelle s'étendant aux deux arrondissements et aux communes limitrophes.

Une politique territoriale du vieillissement doit laisser de la place aux aînés. Le dynamisme du comité de retraités du PPE est un bel exemple de la nécessaire intégration des aînés dans les décisions de l'arrondissement. Les aînés engagés sont ceux qui l'étaient déjà avant la

retraite ou dont les métiers s'en rapprochaient. Favoriser l'empowerment des aînés dans l'arrondissement, c'est développer la démocratie locale et participative. Café des âges, conseils des anciens, conseils de quartiers, réunion de quartier entrent dans une politique qui favorise le bien vieillir, le vieillir ensemble. « *certains agendas 21 locaux commencent à intégrer le vieillissement pour promouvoir des pratiques territoriales de développement durable* » (D.Argoud, 2011). Pourquoi ne pas développer un agenda 21 d'arrondissement qui permettrait de renforcer la participation de tous les habitants. Cela ne s'opposerait pas à la politique de la Ville de Paris et permettrait une réelle réflexion sur une politique territoriale du vieillissement local. Pour Christian Pihet, les expérimentations locales doivent s'accompagner « *d'une stratégie nationale pour pouvoir composer un modèle plus souple et plus évolutif qui fera de l'espace public un espace véritablement partagé en vue du bien-être.* »(C. Pihet, 2011)

De l'échelle locale à l'échelle nationale, la problématique du vieillissement n'est pas qu'une affaire médicale mais réside bien au cœur des dynamiques territoriales et citoyennes. Le plan « bien vieillir , vieillir ensemble » est un tremplin national pour intégrer le vieillissement en tant que dynamique de vie. Notre recherche s'insère dans les réflexions de l'année 2011 sur la prévention de la dépendance.

BILAN ET PERSPECTIVES

Notre recherche, commencée en 2006, s'insère dans les débats actuels sur la prévention de la dépendance. Les vieillesses sont multiples, et avec elles, les modes de vie et les pratiques spatiales. Réfléchir à une politique territoriale du vieillissement doit intégrer d'une part les mobilités et le dynamisme des aînés et d'autre part, les fragilités plus importantes et multifactorielles. L'étude à échelle locale montre que le territoire, s'il est mal aménagé, contribue à accentuer une situation de fragilité et devient très vite discriminant. Désenclaver un espace, développer des lieux de convivialité, faire jouer les solidarités de quartiers, cela s'insère dans une politique territoriale durable du vieillissement et permet une réelle prévention. La connaissance des habitudes de vie, du contexte géographique des aînés doit s'intégrer dans toute démarche de diagnostic de santé. La CNAV a mis en place en 2011 un observatoire des fragilités pour mieux répondre aux besoins des retraités. A la suite d'une intervention aux journées de prévention de l'INPES, nous avons été contactés par Michel Nogues, directeur de la CARSAT du sud-est pour participer au Comité d'Experts du plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (plan PAPA). Ce plan est né d'une volonté

commune CNAMTS/CNAV d'engager des actions coordonnées de prévention des effets du vieillissement en faveur des personnes âgées retraités fragiles (c'est à dire confrontées à des difficultés sociales ou traversant une période sensible comme le deuil). Cette opportunité nous permettra de poursuivre notre réflexion en privilégiant certains axes.

Le premier axe concerne les populations des résidences-services qui sont, par définition, des personnes fragilisées. Comment mieux les intégrer dans la ville et quelle politique de quartier développer pour une meilleure intégration, une mobilité conservée et ainsi une prévention contre la perte d'autonomie.

Le deuxième axe porte sur la perception de l'environnement et reprend l'étude des cartes mentales avec la volonté de mener une étude longitudinale pour comprendre le processus de rétrécissement du territoire et de désappropriation, puis d' affiner la méthodologie d'analyse des cartes mentales.

Le troisième axe concerne la proposition de grille d'évaluation des fragilités. Il serait pertinent de tester cette grille pour l'améliorer et l'insérer dans des dispositifs existants pour les compléter.

CONCLUSION

L'appropriation territoriale des 75 ans et plus est contrastée : la perception du territoire apparaît comme un facteur déterminant pour les personnes dites fragilisées. L'environnement urbain est à la fois le socle de l'appropriation et le support d'une résilience. Dans certains cas il amplifie le rétrécissement du territoire, voire même la désappropriation territoriale. Les besoins sont clairement exprimés : meilleur accessibilité physique et financière aux transports en commun, transports à la demande.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre recherche aboutit au moment où les débats sur la dépendance sont nombreux dans la perspective des élections présidentielles de 2012. Notre approche s'insère au cœur de ces débats. La notion de territoire de vie est une notion transversale, transdisciplinaire, englobant l'ensemble des problématiques liées au vieillissement et à la gérontocroissance. Notre démarche visait à comprendre comment les 75 ans et plus percevaient leurs espaces vécus et se l'appropriaient pour identifier des besoins porteurs de maintien de vie sociale et d'autonomie.

L'étude des territoires de vie des 75 ans et plus dans le 14^{e} arrondissement a mis en valeur le dynamisme des aînés. La cartographie de leurs pratiques spatiales met à mal les clichés d'une vieillesse immobile et dépendante, et doit changer le regard des politiques et des aménageurs afin que le grand âge ne soit pas obligatoirement associé à la dépendance. Le territoire est central, car il est le support de vie, le produit des trajectoires personnelles et collectives. Le quartier est le point central des pratiques spatiales mais le territoire de vie est à géométrie variable selon les saisons, l'état de santé, les liens sociaux. Ce sont les pratiques spatiales liées à la participation sociale et aux liens familiaux et amicaux qui élargissent le territoire de vie. Le rétrécissement du territoire s'opère progressivement et s'accentue en moyenne à partir de 85 ans. Il est multifactoriel et est souvent la matérialisation d'une fragilité qui peut être médicale, sociale, familiale ou économique. Il est la marque spatiale de la déprise. Des événements comme un déménagement ou un deuil peuvent avoir des conséquences sur les mobilités et sur la perception du territoire vécu.

Pour appréhender ce processus du rétrécissement et la plus ou moins bonne appropriation du territoire, nous avons privilégié une approche écologique. Ainsi, l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques, les liens sociaux, la perception du territoire et les mobilités des aînés constituent-ils les variables combinées de l'appropriation territoriale. La mise en place d'un indice et la cartographie des pratiques spatiales et de la représentation de l'espace sous forme de cartes mentales sont un outil précieux pour comprendre les dynamiques territoriales et le rétrécissement de l'espace au grand âge. Les pratiques spatiales peu développées sont souvent associées aux perceptions négatives de l'environnement, de la santé et des revenus expliquant ainsi une appropriation territoriale fragile. L'indice d'appropriation territoriale est un outil pour détecter une situation de fragilité chez les personnes âgées. Les personnes dont la perte d'autonomie est amorcée ne

sont pas les plus âgées, ce qui conforte l'idée que la dépendance n'est pas une question d'âge. La réflexion sur une échelle d'évaluation s'insère dans les débats actuels sur les grilles d'évaluation de la dépendance, et la volonté de diagnostiquer les personnes fragiles pour mieux adapter la prévention. Le diagnostic multidimensionnel doit associer les facteurs médicaux aux facteurs socio-économiques et intégrer les mobilités et la perception de l'espace comme déterminants.

Les personnes âgées se risquent et aménagent leurs parcours pour s'adapter au quotidien. Lorsqu'elles ne parviennent plus à aménager leur parcours, à user de stratégies pour évoluer dans l'espace urbain, alors commence la perte d'autonomie. Le rôle de la ville est donc de permettre aux personnes à mobilité réduite de demeurer investies dans le territoire et de favoriser les mobilités et les liens sociaux. Les personnes âgées tiennent à choisir leur mode de vie. L'organisation de services de proximité permet de laisser la personne libre de ses choix, le plus longtemps possible. La véritable autonomie est avant tout le fait de pouvoir décider soi-même. La mobilité réduite peut entraîner une forme de dépendance, mais elle ne s'apparente pas à la grande dépendance où la personne n'est plus en mesure de choisir pour elle-même. L'enclavement d'un territoire, le manque d'aménagement urbain comme des bancs, des éclairages sont autant d'obstacles qui contribuent au rétrécissement progressif de l'espace. Le territoire devient discriminant dès l'apparition des fragilités. Il peut au contraire être le support, la canne de la résilience qui permet à une personne de dépasser la période de fragilité qu'elle vient de traverser.

Il s'agit de placer les personnes âgées au centre du territoire, car répondre à leurs besoins permet d'améliorer la qualité de vie de tous les habitants. Le concept du vieillissement en bonne santé s'appuie sur une participation sociale développée. L'étude des déplacements montre que les aînés ont en majorité des activités de loisirs à l'intérieur de l'arrondissement. Prendre en compte la mixité sociale du territoire importe pour repenser une politique de loisirs adaptée aux aspirations des habitants et à leurs pratiques spatiales. Cela suppose de favoriser les liens intergénérationnels tout en laissant des espaces dédiés aux aînés.

L'éducation au « bien vieillir » fait partie de la prévention : les représentations de la vieillesse sont aussi stéréotypées pour certaines personnes âgées ne s'autorisant plus à participer à la vie de la cité, ne voulant pas déranger, pensant que leur avis ne compte pas. Développer l'empowerment des aînés, c'est-à-dire l'engagement individuel ou collectif dans la vie de la cité, participe d'une politique territoriale du vieillissement. Le dynamisme du

comité de retraités du *Point Paris Emeraude* est une forme de l'engagement citoyen de certains aînés.

Notre démarche se termine par un diagnostic territorial qui analyse en premier lieu, les besoins territorialisés des 75 ans et plus dans l'arrondissement. Les moyens de transport ou les services à la personne recensés ne sont pas spécifiques aux personnes âgées, mais sont spécifiques à certains quartiers. Y répondre permettra d'améliorer la qualité de vie de tous les habitants. Les services à la personne sont, eux aussi, des services dont peut avoir besoin n'importe quel actif. En revanche, certains services sont spécifiques et supposent une qualification particulière adaptée à la problématique du grand âge. L'étude de la participation sociale dans l'arrondissement montre la grande variété des engagements des 75 ans et plus entre les activités récréatives, le bénévolat, les activités sportives ou encore les engagements politiques ou citoyens. Cette dynamique montre combien il est important à l'échelle locale de considérer les personnes âgées comme des citoyens à part entière et de les intégrer davantage dans les décisions publiques.

Le diagnostic analyse ensuite le fonctionnement de l'arrondissement : les territoires de vie des aînés s'insèrent dans des territoires administratifs cloisonnés où chaque acteur a un champ d'action bien défini, mais qui n'est pas toujours compréhensible par les personnes âgées et leurs familles. L'amélioration de la qualité de vie passe aussi par une amélioration de la communication. Les personnes âgées sont peu connectées et sont de plus en plus en retrait de l'information. La diffusion des grandes manifestations de l'arrondissement ou des fêtes de quartier passent par un affichage traditionnel qu'il faut renforcer et déployer dans les commerces de proximité.

L'ensemble de cette démarche a permis de comprendre que le grand âge est l'affaire de tous et que l'échelle locale , parce qu'elle nous donne une lecture des réalités contextuelles, doit être le socle de toute politique territoriale du vieillissement.

Bibliographie

AGULHON M., (sous la dir) (1983), *Histoire de la France urbaine, la ville de l'âge industriel,* tome 4, 665 p.

AMORY, J., ESMERY, M., GRAVIER, M., MOTOT, N.,(2009) La mémoire ouvrière. Quelques aspects de la vie populaire au 19ème et au 20ème siècle dans le 14ème arrondissement, CFDT UTR Paris, 68 p.

AMAT-ROZE J.M, (2005), « Développement durable et santé », *Le développement durable : approches plurielles*, Editions Hatier, Collection Initial ; p. 207-231

ANDRE Y. (1989), « Cartes mentales pour un territoire : à propose du Bassin de Genève », *Mappemonde*, 89/1. En ligne : URL : http://www.mgm.fr/PUB/Mappemonde/M189/p12-15.pdf. Consulté le 5 novembre 2008.

ANDRE Y., (1998), *Enseigner les représentations spatiales*, Anthropos, 254p.

ANDREW M.K, (2005), « Le capital social et la santé des personnes âgées », *Retraites et société* n°46, pp. 132-141

ANKRI, J.,(2007) « Dépendance, incapacités , handicap, » dans *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux,* La Documentation Française,

APPLEYARD, D., (1970), « Styles and methods of structuring a city », *Environment and behavior*, 2, 1, 1970, pp.100-117

APUR (2009), *«* les chiffres du logement social parisien en 2009 *»*, *Notes de 4 pages*, n°26, avril 2009.

APUR(2011), « *les séniors parisiens, de forte disparités selon les quartiers* », 8p.

APUR (2011) « Paris résiste au vieillissement », 8 p.

APUR (2011) « Politique de la ville: observatoire des quartiers parisiens, rapport 2006.87p.

APUR, (2011), *Les loyers de travailleurs migrants à Paris. Etats des lieux et inventaire des interventions sociales, sanitaires et culturelles*.80p.

ARGOUD D *ET AL.* ,(2004)*, Prévenir l'isolement des personnes âgées, voisiner au grand âge,* Dunod, Paris.183 p.

ARGOUD D. (2009), « Comment vivre et vieillir ensemble ? » dans « Les territoires face aux défis de l'âge », *Territoires* n°498, p.23-25

AUBERTEL P., MENARD F., (2008), *La ville pour tous , un enjeu pour les services publics*, PUCA, La Documentation Française, 250p .

AURIAC F., BRUNET R., (1986), *Espaces, jeux et enjeux,* Fayard, Paris, 336p.

AVRY L. OLLIVRO J.(2007), *Comprendre la place des territoires dans les conflits d'aménagement et d'environnement pour favoriser l'insertion durable des nouvelles infrastructures. Le cas de l'aéroport de Notre-Dame-des-Landes*, Rapport final, PRIR « Notre-Dame-des-Landes, » 350p.

ASCHER F. '(2010), *Métapolis ou l'avenir des villes,* Editions Odile Jacob, 345 p.

ASSOCIATION MONTS 14, (2000), *Quête d'un patrimoine menacé, le 14ème arrondissement*. 128p.

BAILLY A.,(1995), « Les représentations en géographie » *Encyclopédie de la géographie,* Economica, Paris.1167p

BAILLY A., (1981), *La géographie du bien-être*, PUF, Paris, 239p.

BAILLY A, BAUMONT C., HURIOT J-M ; SALLEZ A., (1995), *Représenter la ville,* économica, 112 p.

BAILLY A., (2004), (DIR), *Les concepts de géographie humaine,* Armand Colin, 330 p.

BAILLY J-P., HEURGON E. (2001), *Nouveaux rythmes urbains : quels transports* ? L'aube l'édition, 222P.

BALARD F., (2011)« Vivre et dire la vieillesse des plus de 90 ans , se sentir vieillir mais ne pas être vieux »in *Gérontologie et sociétés* n°183, pp. 231-244

BALARD F., (2010)« Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? »,*Gérontologie et société,* n°132, p.177-186

Baltes P.B., Baltes M.M, (1990), "Psychological perspectives on successfull aging : The mode of selective optimization with compensation", Successful aging, perspectivs from the behavioral sciences, Cambridge University Press.

BARBARINO-SAULNIER N.,(2006), *De la qualité de vie au diagnostic urbain : vers une nouvelle méthode d'évaluation. Le cas de la ville de Lyon.,* CERTU, 129 pages.

BARNAY T., SERMET C ; (DIR), (2007), L*e vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux*, Editions La Documentation Française, 188p.

BEAUJEU-GARNIER(1997), *Géographie urbaine*, Armand Colin, Paris, 349p.

BEARD J.R., PETITOT C.,(2010), « Ageing and urbanization: can Cities be Designed to Foster Active Ageing?", *Public Health Reviews*, vol 32, n°2 p. 427-450. En ligne : http://www.publichealthreviews.eu/, consulté le 2 juillet 2011.

BEAUD.M ;(2006). *L'art de la thèse.* Editions la Découverte, Paris, 2006, 195 p.

BENSADON, A-C., (2006), Enquête « *Isolement et vie relationnelle* », rapport général. Collectif « Luttons contre l'isolement », 238 pages. En ligne : http://www.petitsfreres.asso.fr/mediastore/11/22064_1_FR_original.pdf

BERTHIER N, (2010), *Les techniques d'enquête en sciences sociales* ; *méthodes et exercices corriges*, Editions Armand Colin, 348p.

BERTRAND M., (1978) *Pratique de la ville*, Paris , Edition Masson

BLAMPAIN, N., (2010), « 15000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060? », *INSEE PREMIERE* n°1319, 4p.

BLANPAIN, N., (2010) Projections de population à l'horizon 2060, un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, *INSEE PREMIERE*,n°1320 , 4p.

BODIN F.,(2000) « Une ville qui accueille, » *Urbanisme*, n°311 p.79-81

BODIN F., (2005), « Architecture, urbanisme et handicaps. L'accessibilité environnementale comme critère de santé publique », *Géographie de la santé, un panorama*., Editions Economica, Paris, pp 195-212 ;

BOHIC N., CAUDRON J-M.,(2010) *Politiques gérontologiques locales,* Territorial Editions, 141p

BONIN,S., COSTA, B ;(2005), *Je me souviens du 14ème arrondissement.* Editions Parigramme,, 115 p.

BONVENTI K. (2007), Habiter en maison de retraite, Maintien de l'identité et vie urbaine. *Cahiers du Cleirpa.* URL : http//www.cleirppa.asso.fr. Date de mise en ligne 21 juin 2007. Consulté le 15 mars 2008.

BORJA S., CRETIN A., DEPRAZ S., FLEURY, A IOST D., KAWASCHIK A., RAMADIER, T., (2010), "Figurer l'espace en sciences sociales », *TRANSEO*, numéro 02-03-Mai 2010, URL : http//www.transeo-review.eu/Figurer-l-espace-en-sciences.html, Date de mise en ligne : 10 juin 2010, date de consultation 10 juillet 2010.

BOURDELAIS P., (1997), l'âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population, Paris editions Odile Jacob, 504 pages

BOURDESSOL H., PIN S., (2009) « Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. Résultats d'une étude qualitative auprès des séniors et de personnes âgées en perte d'autonomie » *Evolutions* n°17, mai 2009. En ligne : http :www.inpes.santé.fr/evolutions/

BOURDIEU P. (1980), « Le capital social :notes provisoires » *Actes de la recherche en sciences sociales* n°31, p.2-3

BOURDIN, A., (2009), *Du bon usage de la ville*, Descartes et compagnie ,Paris, 174 p.

BOURQUE P., PUSHKAR D ., BONNEVILLE L., BELAND F., (2010), « Contextual Effects on life Satisfaction of Older Men and Women », *Canadian journal of aging/ La revue canadienne du vieillissement*, n°24 pp-31-44

BRES A. , (2011), *Atlas des mégapoles, Paris*. Editions Autrement, Paris, 88 p.

BREUX S., REUCHAMPS M., LOISEAU, H., (2010) , Apports et potentialités de l'utilisation de la carte mentale en science politique."*Figurer l'espace en sciences sociales* », *TRANSEO*, numéro 02-03-Mai 2010, URL : http//www.transeo-review.eu/Apports-et-potentialités-de-l.html, Date de mise en ligne : 10 juin 2010, date de consultation 12 juillet 2010.

BREVET N., (2008), *Mobilité et processus d'ancrage en ville nouvelle :Marne-la-Vallée, un bassin de vie ?Etude des mobilités résidentielles et des mobilités quotidiennes*, Thèse de doctorat, Paris-Est, 546p.

BRUNEL S ;(2004), *Le développement durable*, Que sais-je, PUF,

BRUNET.R,(1992) *Les mots de la géographie*, Reclus, La documentation française,

BOUSQUEL, F.,(2008), *Mémoires des rues, Paris 14ème arrondissement 1900-1940*, Parimage, 191p.

BRUNSCHWIG, G . (2008), *14ème, il était une fois dans (la rue de) l'OUEST. Western urbain illustré.* Pivoine, Brest, 108p.

BULEON P. , DI MEO G., (2005), *l'espace social, une lecture géographique des sociétés*, Paris, Editions Armand Collin, 303 pages

CADOT E., SPIRA, A. (2006), Canicule et surmortalité à Paris en août 2003, le poids des facteurs socio-économiques, *Espaces, populations et sociétés*, n°2-3, p. 239-249

CAMIRAND J., SERMET C., DUMITRU V., GUILLAUME, S., (2009) « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes. *Questions d'économie de la santé* n°142, IRDES, mai 2009.

CAMBOIS E., ROBINE, J-M., (2004), « Concepts et mesure de l'incapacité », *Problèmes politiques et sociaux*, n°903, août 2004, pages 32-35

CARADEC, V.,(2007), « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées*, n°157, septembre 2007, Pages 38 à 45.

CARADEC V. (2004) *sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin 124 p.

CARDINAL, L., LANGLOIS, M-C., GAGNE, D., TOURIGNY, A., (2008), *Perspectives pour un vieillissement en santé. Proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale*, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58p.

CAUVIN C., (1999) ,« Pour une approche de la cognition spatiale intra-urbaine », Cybergeo : European Journal of Geography, Politique, Culture, Représentations, article 72, mis en ligne le 27 janvier 1999, modifié le 14 mars 2007. URL : http://cybergeo.revues.org/index5043.html.

CARADEC V.,(2010), « Pour une approche des transitions du vieillissement », *Penser les vieillesses*, Saéli Arslan, Paris, p.93-108

CARBONNELLE S. (2010), (dir), *Penser les vieillesses*, Editions Seli Arslan, 252 p.

CASVP (2010), *Analyse des besoins sociaux*, 210 pages. En ligne : www.paris.fr/viewmultimediadocument?multimediadocument-id=98128. Consulté le 5 août 2011

CAVALIER G., (2004), « Vieillir, un enjeu urbain »,dans « *Villes et vieillir*, » institut des villes, collection villes et sociétés, La Documentation française, P. 19-29

CHALINE C., (1997), les politiques de la ville, Que sais-je, PUF, 127.

CHAPON P-M., BEURET C., BOLOMIER C., CHOISY P., ZAMBERNARDI S.,

(2010), « Cartes mentales et représentations spatiales de résidants en MARPA : un outil d'aide à l'implantation de nouvelles structures d'hébergement ? », Norois , 2010-3, pages 57-66

CHAPUIS J-Y., (2010), « Santé et urbanisme , comment traiter la question de la ville », dans *Ville , santé et développement durable*, La documentation Française.

CHAUDET B., (2009), *Handicap, vieillissement et accessibilité. Exemple en France et au Québec,* Thèse de doctorat, Université d'Angers, 469p.

CHAROUSSET A., (2007), *Diagnostic socio-urbain du quartier du Grand Parc, état des lieux et évaluation des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie en matière d'accessibilité, adaptation du logement et environnement*. Conseil régional de la Gironde,(En ligne :http://82.138.74.167/pdf-2007/07b75-diagnostic-socio-urbain-du-grand-parc-12-07-agnes-charousset.pdf

CHESNAIS, J-C., (1975), « La population des bacheliers en France », *Population*, n°3, 1975, p.

CHOAY F., MERLIN P. (DIR), (1988), *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement,* Paris, Presses universitaires de France, 968 p.

CIBOIS P(2008), *« Le PEM, pourcentage de l'écart maximum, un indice de liaison entre les modalités d'un tableau de contingence »*.

En Ligne : http://www.modalisa.com/pdf/CiboisPEM.pdf

CLEMENT, S, ROLLAND, C., THOER-FABRE, C., (2005), *Usages, normes, autonomie : analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population.* ; Université Toulouse Le miril et CIRUS UMR 5193 CNRS, 197p. En ligne :

http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/downloads/Rapport%20Usages,%20Normes,%20Autonomie.pdf

CLEMENT J-M.(2010), Les études hospitalières, 131p.

CLEMENT S., (2006), « l'individu vieillissant » dans « l'avancée en âge dans la ville », *Les annales de la recherche urbaine* n°100 p 77-81

CLEMENT S., (1996), « Qualité de vie à la vieillesse : approches sociologiques », *Gérontologie et société,* n° 78, p.29-37

COLVEZ A.,(1999), « l'espérance de vie sans incapacité et la politique de santé », *Les cahiers de l'IAURIF* n°121pages 165-168

COUDIN G., PAICHELER G., (2002), santé et vieillissement, approche psychosociale, Armand Colin, 171 p.

COLEMAN J., (1988) « Social capital in the creation of human capital » *American journal of sociology*, n°94, p.95-120

COTTARD, R-L.,(1995) *Vie et histoire du XIVème arrondissement,* Editions Hervas, Paris,. 155p.

DAVEZIES L ; (1999), La territorialisation des personnes âgées : « l'or gris » et le « grey power », dans « Les défis de l'âge », volume 2, *Les cahiers de l'IAURIF* n°122, p.193-197

DE ALBA GONZALES M., (2009), *Les représentations du centre historique de Mexico au regard des résidents âgés.* Colloque l'art du bien vieillir, Toulouse, 11-12-13 mars 2009. En ligne : http://w3.cieu.univ-tlse2.fr .

DE BEAUVOIR S. (1970), *La vieillesse,* gallimard, 604p.

DELISLE M-A. (2006), *La participation sociale des aînés, apports à la collectivité et bien être individuel*.En ligne :

http://classiques.uqac.ca/contemporains/delisle_marc_andre/participation_sociale_aines/participation_sociale_aines.html

DEJEAMMES M. (dir), (2001), *La mobilité des personnes âgées, enquête ménages et déplacements,* CERTU, 54 p.

DE MARIA F.,(2005) qualité de vie des Franciliens de 60 ans et plus : agir sur les limitations physiques, regards sur la santé des Franciliens, INSEE IAU, 5p

DESCHENAUX F, LAFLAMME C.,(2009) « réseau social et capital social : une distinction conceptuelle nécessaire illustrée à l'aide d'une enquête sur l'insertion professionnelle de jeunes québécois » *SociologieS,* [en ligne] théories et recherches, mis en ligne le 2 juin 2009. http:// sociologies revues.org/index2902.html

DI MEO G.,(1999) « Géographies tranquilles du quotidien. Une analyse de la contribution des sciences sociales et de la géographie à l'étude des pratiques spatiales », *Cahiers de géographie du Québec*, volume 43, n°118 pp75-93

DI MEO G., BULEON P., (2005), *L'espace social, lecture géographique des sociétés*, Armand Collin, Paris

DI MEO G.,(1998), *Géographie sociale et territoire*, Nathan université, Paris,317p.

DI MEO G, (2011), *Les murs invisibles . Femmes, genre et géographie sociale,* Armand collin /recherches, Paris, 344 p.

DOWNS R. ET STEA D., (1981), *Des cartes plein la tête,* Sainte Hyacinthe(Québec), Edisem

DUMONT G-F., (2006), *Les territoires du vieillissement en France et en Europe*, Ellipses, Paris, 416p.

DUMONT, G-F., (2010) « la géographie des territoires gérontologiques », « Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses »,*Gérontologie et société* n°132, , pp 47-62

DUMONT, G-F.(2008) Populations et territoires de France en 2030, le scénario d'un futur choisi, Paris , L'Harmattan

DORIER-APPRILL, E., (2001), *Vocabulaire de la ville. Notions et références*, Editions du temps, Nantes,190 p.

DREYER P., ENNUYER B., (2007), (DIR), Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé, Autrement, 348 p.

DROSSO F., (2007), « Le viager en France : enjeux, blocages et perspectives », *Vieillissement de la population et logement. Les stratégies résidentielles et patrimoines*., PUCA, La Documentation française, p.463-472

Dupagne F ; Tartesse S, (2004), Ilot Vercongétorix : vieillir dans son logement, dans son quartier(1000 logements sociaux), rapport ISATIS, 79p.

EL GAMMAL J. (2004), « Les mises en scènes de l'architecture parisienne du milieu du XIXème siècle à nos jours », *Sociétés et Représentations*, N°17, p. 315-326. DOI :10.3917/sr.017.0315. En ligne : http://www.cairn.info/revue-sociétés-et-représentations-2004-1-page-315.htm

ELGIE R., CROWN J., TREMBLAY M., (2005) A long life-and all of it healthy : the ideal of healthy ageing un Europe, *Eurohealth*, volume n°4 pages 15-20. En ligne :

ENNUYER B., (2005), La place des vieux dans la ville, *Cahier du Cleirpa* n°17, janvier 2005,page 3

ESPINASSE, C.,(2006), *Le deuil de l'objet voiture chez les personnes âgées*, rapport du PREDIT, 77 pages. En ligne : http://www.innovations-transports.fr/Le-deuil-de-l-objet-voiture-chez

FABUREL G., GUEYMARD S., *Vécu environnemental et qualité de vie en région Ile de France. Une approche exploratoire des inégalités environnementales*, Synthèse du rapport final, C.R.E.T.E.IL, 21p.

FNORS , (2008) *Vieillissement des populations et état de santé dans les régions de France*, collection « Les études du réseau de l'ORS », 86 p.

FELONNEAU M.L. , (1994), Les étudiants et leurs territoires. La cartographie cognitive comme instrument de mesure de l'appropriation spatiale. In : *Revue française de sociologie*.1994, 35-4. Monde étudiant et monde scolaire. p 533-553. Doi : 10.2307/3322183. En ligne : //www.persee.fr/web/revues/home/prescrit/article/rfsoc 0035-2969 num 35 4 4354.

FIAPA,(2004), « Le pouvoir gris ? tome II : Influences économiques et sociales, » *les cahier de la Fiapa*,196p.

FIAPA, (2004), « Le vieillissement de la population mondiale, 20 ans de l'action de l'ONU. Rôle et interventions de la FIAPA », Les cahiers de la Fiapa, hors série, 145p.

FLEURET S., PIERRE G., BIOTEAU E., (2008), *La co-construction de territoires de l'économie sociale et solidaire. Exemples et comparaisons en Pays-de-Loire*, En ligne : http://www.spirit.sciencespobordeaux.fr/PDF/Bioteau.pdf.

FLEURET, S., ET AL (2005) *Espaces, Qualité de vie et Bien-être*, Presses Universitaires d'Angers 318p.

FLEURET S., SECHET R., (2002) *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être*, Presses Universitaires de Rennes

FLEURET S., THOUEZ J-P., (2007), Géographie de la santé, un panorama, Economica Anthropos, 301p.

FLEURY A., BLIDON M., GERIN-PACE, F, HUMAIN-LAMOURE A-L, (2008), *Regards croisés sur les quartiers parisiens. Contexte spatiaux, usages politiques et pratiques citadines*. Université de PARIS 1, 250p.

FOURASTIER J., (1979), Les trentes glorieuses ou la révolution invisible, PUF.

FOURNAND A., (2003), Images d'une cité. Cartes mentales et représentations spatiales des adolescents de Garges les Gonesse. *Annales de géographie*, n°633, Armand Colin, p. 537-550

FREMONT A., (1999), *La région, espace vécu*, Champs Flammarion, Paris, 288 p..

FREMONT A., CHEVALIER J., HERIN R., RENARD J., (1984), *Géographie sociale*, Paris , Masson

FREMONT A. (1988), *France, géographie d'une societé*, flammarion,

FROMAGE B., LOUAISIL R. De l'espace à l'espace habité ou l'histoire d'un déménagement, *Revue québécoise de psychologie*, vol22, n°3. En ligne: http//www.rqpsy.qc.ca/article/v22/22-3-043.pdf.

GANGBE M., DUCHARME F., (2006), « Le « bien vieillir », concepts et modèles », M /S : médecine sciences, vol 22, n°3, p.297-300. En ligne : http://id.erudit.org/iderudit/0127885ar

GALLAIS J., (1984), *Hommes du Sahel*, flammarion, 281p.

GASQUET C., (2010), Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola, thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense ;

Gerbert,P. (**2005),** Ville du Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : les principaux résultat de l'enquête, *Population et territoire*, n°6, juin 2005, 16 pages ; En ligne : www. http://www.ceps.lu/pdf/6/art1058.pdf

GIDDENS A ;, (1987)La constituiion de la société, Paris, PUF

GODET M., MOUSLI M., (2008) *le vieillissement, une bonne nouvelle ?* La Documentation Française, paris, 266 p.

GODOT C., WISNIA-WEILL V., *Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*, Centre d'analyse stratégiques, 306 pages

GOULD P., WHITE R., (1974), *Mental maps*, Harmonndsworth, Penguin Books.

GRACQ J., (1985),, Ed. José Corti, 213p.

GRAND, B. BOCQUET, H., ANDRIEU, S., (2004), « *Vieillesse et dépendance* », n°903, la documentation française, 116 p.

GRMEK M. (1969), Préliminaires d'une étude historique des maladies, *Annales ESC*, vol 24, n°6 p.1473-1483.

Enligne :http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1969_num_24_6_422182

GUERIN-PACE F., (2007), *Le quartier, enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales*, La Découverte, Paris, 293 p.

GUERIN-PACE F., (2003), « Vers une typologie des espaces urbains », *l'espace géographique*, N°4-2003, pp. 333-344

GUINCHARD KUNSTLER P, (1999), *Vieillir en France : enjeux et besoin d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées*, Paris, La documentation française, 102 pages

GUERIN S., (2009), *La société des séniors*, Michalon, , Paris, 236 p.2

GUMUCHIAN.H, MAROIS. C ; (2000) *Initiation à la recherche en géographie. Aménagement, développement territorial, environnement*, Antropos, Paris, 412 p.

GUMUCHIAN H., (2003), *Les acteurs, ces oubliés du territoire*, paris, Economica, 186p.

FLEURET, S., (2005), *Espaces, Bien-être et Qualité de vie*, Presses de l'Université d'Angers, 318 p.

FONDATION DE France, (2004), Vieillir dans son quartier, dans son village

HALBWACHS, M., (1925), Les cadres sociaux de la mémoire, Paris, Librairie Alcan

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIC, (2010), *Evaluation du Plan National Bien vieillir 2007-2009*, 31p. En Ligne : http :www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf

HENRARD, J-C, (1997), La santé au grand âge, actualité et dossier en santé publique N°20, Septembre, page II à XIX. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-20/ad202029.pdf

HENRARD, J-C., (2008), Les multiples facettes du vieillissement. Nous n'avons pas l'âge de nos artères. *Questions de santé publique n°2*, septembre 2008, 4p..

HENRARD, J-C, ANKRI, J., *Vieillissement, grand âge et santé publique*, Editions ENSP, 2003, p.

Henrard JC, (2008) » Vieillissement et vieillesse : idées reçues, idées nouvelles »conférence d'ouverture du Colloque « Vieillissement et santé : idées reçues, idées nouvelles », *Santé, société et solidarités* n°1, p. 13-15

INPES, 2011, Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés, *La Santé de l'Homme* n°411

HENGOAT D., HERMELIN M., (1999), « Rendre les transports collectifs d'Ile-de-France plus accessibles aux personnes âgées », dans « Les défis de l'âge », volume 2, *Les cahiers de l'IAURIF* n°122, p.63-69

HENRARD J-C. (2007), « Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5ème risque ou 5ème branche de sécurité sociale », *Gérontologie et société* n°123

HISTORIENS ET GEOGRAPHES, (2004), *Vers une géographie du développement* durable ; n°387

IAURIF, (2006), « Les territoires de pauvreté en Ile-de-France »,*Note rapide* , n°407, 6p.

IAURIF, (2005), « Les Franciliens de 50 à 70 ans : leur histoire familiale, résidentielle, professionnelle... » *Note rapide*,n°376, 4p.

JODELET, D ; (1989) Les représentations sociales, Paris, PUF

KAWACHI I., BERKMAN L.F, (2001) »Social tie sand Mental Health » journal of urbannHealth, vol.78, n°3, p.458-467

KENNELLY B ET AL (2003), « Social capital, life expectancy and mortality : a cross-national examination » *Social science and medecine*, n°56, p.2367-2377

KING A.C., KING D.K., (2001), Physical Activity for an Aging Population, *Public Health Reviews*, vol 32, p.401-426. En ligne : http://www.publichealthreviews.eu/. Consulté le 3 juin 2011.

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE, (2007), Villes, santé et développement durable, 549p.

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE, (2004), Villes et vieillir, 385p.

LANG, T.,(2009) la santé se construit dans un environnement social, *Question de santé publique n°7*, décembre 2009, 4 pages.

LALIVE D'EPINAY, C., SPINI, D., *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans.* Presses de l'Université Laval, Québec, 344p.

LE BERRE M., (1995), Territoires in *Encyclopédie de la géographie*, Economica, Paris.

LECLERC, A. ; FASSIN, D. , GRANDJEAN,H., KAMINSKI, M., LANG, T.(2000), *Les inégalités sociales de santé*, Inserm, La découverte, Paris, 436 p.

LEFEBVRE H., (1974) , La production de l'espace, Editions Anthropos, 485p.

LEFRANCOIS R (2004), *Les nouvelles frontières de l'âge*, Les Presses Universitaires de Montréal, 352 p.

LE GRAND E ;, (2006), « propositions d'un corpus d'indicateurs Répondant à l'objectif 3 du PRSP « améliorer la qualité de vie », Rapport Final 39 p. En ligne http// : www.Platosbretagne;fr/docs/etudes%5Crapport-QDV.pdf

LEVY J ; LUSSAULT M., (2003), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Belin, Paris.

LYNCH K. ,(1999), *L'image de la cité*, Dunod, Paris, 214 p.

LOONES, A., DAVID-ALBEROLA, E., JAUNEAU, P., (2008), *LA fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures*, CREDOC, 83 pages. En ligne : http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf

LORIAUX, M., REMY, D.,(2005), *La retraite au quotidien. Modes de vie, représentations, espoirs et inquiétudes des personnes âgées*, De Boeck Université, 423 pages. Disponible en ligne : http//www. Cairn.info/la-retraite-au-quotidien--9782804147310.htm

LUSSAULT M. (2007), *L'homme spatial. la construction sociale de l'espace humain*, Editions du seuil, 364p.

MAIRIE DE PARIS, (2006) Schéma gérontologique 2006-2011, *Dossiers de Chaligny*, Publication de la DASES, 167 p.

MANCEBO F., (2008), *Développement durable*, Paris : A. Colin, 128 p

MATHARAN J., RAGAL E., CHAGUIROFF J, (2007), Etudes des rythmes, pratiques et attentes des séniors parisiens et termes d'offre de loisirs, Rapport final ; bureau des temps de la Ville de Paris,84p.

MARCHAND, B., (1993), *Paris, histoire d'une ville. XIX-XXème siècle*. Editions du Seuil, Points Histoire,438p

MERENNE-SCHOUMAKER B ; (2003) *Géographie des services et des commerces*, PUR, 239p.

MERLIN, P., CHOAY, F., *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, Presses Universitaire de France, Paris, 843 p.

MERLEAU-PONTY M ;, (1976) Phénoménologie de la perception, Paris, Gallimard

MESLE F., (2009), « Allongement de la vie et accroissement du nombre de personnes âgées », *Idées*, n°157 p.6-9

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, (2007), Plan National « Bien Vieillir » 2007-2009, 33P. En ligne : http// :www.solidarité.gouv.fr

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE,(2010), Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie, lancement de la mission « Vivre chez soi »12p. En ligne : http// : www.solidarité.gouv.fr

MONGIN, O.,(2005), *La condition urbaine. La ville à l'heure de la mondialisation*. Editions du Seuil, Points essais, 325p

MOREL A., VEBER O., (2011), *Société et vieillissement*, rapport du groupe n°1, juin 2011. En ligne : http://www.solidarités.gouv.fr

MORVAL J. (2007), *La psychologie environnementale*, Presses de l'Université de Montréal. 115p.

MOLES A., ROHMER E., (1978), Psychologie de l'espace, 2ème edition, Casterman

NIVET, P., (1995) « La ségrégation sociale à Paris à travers les débats du conseil municipal(1945-1977) », sous la direction d'Annie Fourneaut in *La ville divisée. Les ségrégations urbaines eu questions. France XVIII- XXsiècle*, Créaphis,pp 303-319

OFFNER J-M., POURCHEZ C., (2007) » La ville durable. Perspectives françaises et européennes », *Problèmes politiques et sociaux*, n°933, 111p.

OLSHANSKY S.J, AULT A.B, 1986, "The fourth stage of the epidemiologic transition : the age of delayed degenerative deseases," *The Milbank Quaterly*, vol 64, n°3, p. 355-391

OMS (1986), « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». En ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

OMS, (2006), *Guide mondiale des villes-amies des aînés*, 51p.

PAULET J-P., (2002), *Les représentations mentales en géographie,* Anthropos, 152p .

PAQUOT, T., LUSSAULT, M., BODY-GENDROT, S, (2000), *La ville et l'urbain, l'état des savoirs*, éditions la Découverte, Paris438 p .

PEREC G., (1985), Espèces d'espaces, ed. Galilée, 185p.

PEREZ K., BARBERGER-GATEAU P.,(2001) « Evolution de l'incapacité entre 75 et 84 ans. Suivi de deux générations à travers l'enquête Paquid, » *Gérontologie et société*, n°98, p.49-64

PIN S., (2009), « Parcours de santé, parcours de vie durant la vieillesse » « Promouvoir la santé des personnes âgées », *La santé de l'homme n°401*, mai juin 2009, pages 17-21

PIHET C., THOUEZ J-P., « le vieillissement et les populations âgées », *Géographie de la santé, un panorama*, Economica Anthropos, p . 179-194

PINOL, J-L., GARDEN, M., (2009), Atlas des Parisiens. De la Révolution à nos jours, Editions Parigramme, 287p.

PITAUD, P. (2004), *Solitude et isolement des personnes âgées. L'environnement solidaire.* Pratiques du champ social, editions ERES, Ramonville Saint-Agne, 270 p.

PINCON M., PINCON-CHARLO M. ,(2004), Sociologie de Paris, La découverte, Paris, , 121p.

PONTHIEUX, S.,(2006) *Le capital social*, collections Repères La Découverte, Paris, 121 p.

PUCA, (2006), « L'avancé en âge dans la ville », *Les annales de la recherches urbaines*, n°100, 174p.

PUIJALON B, (2008) « Repenser le discours social à l'endroit des vieux », *Santé, société et solidarité* ,n°1.

PUIJALON B., MOURIESSE B.,(2004) « Regards croisés d'une anthropologue et d'une psychologue », Vieillir dans quartier, dans son village. Des aménagements à réinventer. Fondation de France, p.33-35

PUMAIN, D., PAQUOT, T., KLEINSCHMAGER, R., (2006), *Dictionnaire de la ville et de l'urbain,* Economica Anthropos, Paris, 320 p.

RAMADIER, T., DESPRES, C ; (2004), Les territoires de mobilité et les représentations d'une banlieue vieillissante de Québec, *Recherches Sociographiques*, XLV, 3, 521-548.

RAMOS-GORAND M., (2010), *Vis où tu peux, meurs où tu peux*... ? Mémoire de Master 1 Géomarketing, Paris-Est, 99p.

RENAUT S.,(2007) « Du concept de fragilité à la grille Aggir » *Gérontologie et société* n°109

RETAILLE D., (1997), Le monde du géographe, Presses de Sciencespo, Paris , 1997, 284p.

RICHARD L., LAFOREST S., DUFRESNE F., SAPINSKI S°P, (2010), « The Quality of life of Older Adults living in an Urban Environment : Professional and Lay Perspetives", *Canadian journal von Aging* n°34, p. 19-24

RIPPOLL F., VESCHAMBRE V., (2006), « L'appropriation de l'espace : une problématique centrale pour la géographie sociale », Penser et faire la géographie sociale. Contribution à une épistémologie de la géographie sociale**,** Rennes, Presses Universitaires de Rennes

RIVIERE C-A BRUGIERE A. (2010), Bien vieillir grâce au numérique, qualité de vie, autonomie, lien social ; Editions FYP, 159p.

ROBINE J-M, MICHEL J-P, (2007), « A la recherche d'une théorie générale sur le vieillissement de la population » dans *Le vieillissement en Europe, aspects biologiques, économiques et sociaux,* La documentation Française, paris, 2007, p.91-102

ROCHEFORT R., (1965), Pour une géographie sociale de la vieillesse, Revue de géographie de Lyon, vol 40 n°1 p 5-33

RODWIN V., GUSMANO M., (2006), *Growing older in World cities,* Vanderbilt University Press, Nashville.

RONCAYOLO M;,(1997), La ville et ses territoires, folio essais, Paris, 285p.

ROSSO-DEBORD V. (2011) « *la prise en charge des personnes âgées dépendantes »auprès de l'assemblée nationale »* 128p. En ligne : http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf

RICHARD, L., GAUVIN, L., GOSSELIN, C ; LAFOREST, S., (2009)., "Staying connected : Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal," Quebec. *Health Promotion International* 24, 46-57

SALEM G.*(1998),* *La santé dans la ville,* Editions Khartala–Orstom, *410p.*

SANSOT P., (1996), *La poétique de la ville,* Petite Bibliothèque *Payot, 626p.*

SECHET R., VESCHAMBRE V., **(2006),** Penser et faire la géographie sociale. Contribution à une épistémologie de la géographie sociale, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 397 p.

SIRVEN N., DEBRAND T., (2011), "Social Capital and health of older Européens from Reverse Causality to Health Inequalities", Document de travail n°40, IRDES 21 p.

SOUIAH S.-A, TOUTAIN S., (2005), *L'analyse démographie et spatiale,* Editions du temps, 286p ?

SUHRCKE M., FUMAGALLI H., HANCOCK R., (2010), "Is three a Wealth Dividend of Aging Societies?" *Public Health Reviews,* vol 32, n° 2, pp.377-400. En Ligne http://www.publichealthreviews.eu/show/i/8

SUGIYAMA T., WARD THOMPSON C., (2007) Older people's health, outdoor activity and supportiveness of neighbourhood environments, *Landscape and urban Planning* n°83, pp168-*175*

THOUEZ J.P.,(2010) « Espace social, images mentales de la ville de Sherbrooke : cheminement d'un néophyte », *Cahiers de géographe du Québec*, volume 54, n°151, avril 2010, pages 197-211

THOUEZ J.P, (2001) *les territoires du vieillissement*, PUF, 110p.

TORTEL L., (1998), *Une autre lecture de l'espace public : les apports de la psychologie de l'espace*, CERTU. En ligne : http://lara.inist.fr/bitstream/2332/1126/1/CERTU_99_12.PDF consulté le 24/10/2008.

TRILLARD A.,(2011),*Rapport de la mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées*,71 p. En ligne : http://www.dependance.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_trillard_version_definitive_13juillet.pdf

TRINCAZ, J., (2011), « Dire la vieillesse et les vieux » in *Gérontologie et société* n°138, pp. 113-126

UNION EUROPEENNE(2011), *Vieillir en bonne santé, un challenge pour l'Europe*, www.cor.europa. Eu/migrated_data/2454_ageing_EN.pdf

VANIER M, (DIR), (2009), *Territoires, territorialité, territorialisation. Controverses et perspectives*. Presses Universitaires de Rennes, 228p.

VALLIN J., MESLE F.,(2010) De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : l'improbable convergence générale, *« Ralentissements, résistances, ruptures dans les transitions démographiques* », Louvain–la-Neuve, Chaire Quetelet. En ligne : http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/jVallin_Mesle.pdf

VAN KEMENADE S., (2002), Le capital social comme déterminant de la santé. Comment le définir ? Direction générale de la santé de la popualtion et de la santé publique, Santé Canada, 25p.

VELASCO-GRACIET H. (2009), *Territoires, mobilités et sociétés. Contradictions géographiques et enjeux pour la géographie*, Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, Pessac, 348 p.

VERCAUTEREN, R., (2010), *Dictionnaire de la gérontologie sociale. Vieillissement et vieillesse*, Editions ERES, Toulouse, 280 p.

VEYRET V., (2005), Développement durable, Approches plurielles

VEYRET Y., LE GOIX R.,(2011), *Atlas des villes durables ? Ecologie, urbanisme, société : L'Europe est-elle un modèle ?* Collection Atlas/Monde, Editions Autrement, 80p.

VIOLIN D., (2009) *Bretons de Paris, Des exilés en capitale*, Parigramme.

VIRIOT DURANDAL J-P., GUTHLEBEN G., (2002), « Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges », *Gérontologie et société* n°102, p.237-252

VOLDMAN, D ; (1988), « La loi de 1948 sur les loyers. » in : Vingtième siècle . Revue d'Histoire. N°20 pp.91-102. Doi : 10.3406/xxs.1988.2797. En ligne : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/xxs_0294-1759_1988_num_20_1_2797

WACHTER, S., (2009), *Dictionnaire de l'aménagement du territoire. Etat des lieux et perspective,* Belin, Paris, 317p.

YERPEZ J., *La ville des vieux : recherche sur une cité à humaniser*. La Tour d'Aigues : editions de l'Aube, 502 pages

YUAN T.F,(1977), *Space and place, the perspective of experience*, Edward Arnold Publishers, London, 235 p.

Liste des figures

FIGURE N° 1 - MODÈLE CONCEPTUEL QUÉBÉCOIS DU VIEILLISSEMENT RÉUSSI 99
FIGURE N° 2 -LES DÉTERMINANTS DU VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ DU PLAN « HEALTHY AGEING » 102
FIGURE N° 3 - LOGO DU LABEL BIEN VIEILLIR, VIVRE ENSEMBLE, 2011 106
FIGURE N° 4 - DESCRIPTION D'UN RÉSEAU DE SANTÉ 117
FIGURE N° 5 - LES ACTEURS PARISIENS DU MAINTIEN À DOMICILE 121

Liste des tableaux

TABLEAU N° 1 - NOMBRE D'ANNÉES D'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE ET À 60 ANS EN 2007 58
TABLEAU N° 2 - EVOLUTION PAR TRANCHE D'ÂGE DE LA POPULATION FRANÇAISE DE 1968 À 2040 59
TABLEAU N° 3 - RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR TRANCHE D'ÂGE AUX DIFFÉRENTES ÉCHELLES 79
TABLEAU N° 4- TYPOLOGIE DES CARTES MENTALES 149
TABLEAU N° 5 - EXEMPLE D'UN TABLEAU D'UN TRI CROISÉ 168
TABLEAU N° 6 - TABLEAU DES BARYCENTRES DES SCORES 170
TABLEAU N° 7 - RÉSULTATS PAR CLASSE 170
TABLEAU N° 8 - NIVEAU D'ÉTUDES, SELON LES SEXES, DES 75 ANS ET PLUS DE L'ÉCHANTILLON 179
TABLEAU N° 9 - PRATIQUES SPATIALES DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14ÈME 198
TABLEAU N° 10 - PROFIL SUR MODALITÉ D'UNE APPROPRIATION TERRITORIALE « SOLIDE » 217
TABLEAU N° 11 - PROFIL SUR MODALITÉS D'UNE « BONNE » APPROPRIATION TERRITORIALE 221
TABLEAU N° 12 - PROFIL SUR MODALITÉS, TYPE « ASSEZ BONNE » APPROPRIATION 223
TABLEAU N° 13 - PROFIL SUR MODALITÉS : TYPE « FRAGILE » 229
TABLEAU N° 14 - GRILLE D'ÉVALUATION 235
TABLEAU N° 15 - CONNAISSANCE DES 75 ANS ET PLUS DE L'OFFRE DE LOISIRS DE LA VILLE DE PARIS 265
TABLEAU N° 16 - UTILISATION DES AIDES ET PRESTATIONS DU CASVP DES 75 ANS ET PLUS 275

Liste des graphiques

GRAPHIQUE N° 1 : TAUX DE CROISSANCE EN % ENTRE 2008 ET 2040 DES EFFECTIFS ÂGÉS DE 65-79 ANS ET DE 80 ANS ET PLUS. 20
GRAPHIQUE N° 2 - PROJECTION 2007-2060 SELON LE SCÉNARIO CENTRAL DE L'INSEE 21
GRAPHIQUE N° 3 : NOMBRE DE CENTENAIRES JUSQU'EN 2060 SELON TROIS SCÉNARIOS 22
GRAPHIQUE N° 4 - L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DÉPEN.DANTES SUR LA PÉRIODE 1999-2030 25
GRAPHIQUE N° 5 : UNE GÉNÉRATION NÉE ENTRE 1901 ET 1934 27
GRAPHIQUE N° 6 - AXE FACTORIEL DE L'AFC DES ITEMS DES CARTES MENTALES 148
GRAPHIQUE N° 7 - RÉPARTITION EN NOMBRE PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAS SEXE DE L'ÉCHANTILLON 165
GRAPHIQUE N° 8- RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR QUARTIER 166
GRAPHIQUE N° 9 - RÉPARTITION DES 75 ANS ET PLUS PAR QUARTIER ADMINISTRATIF 166
GRAPHIQUE N° 10 - RÉPARTITION PAR QUARTIER D'HABITATION ET PAR MODE D'ENQUÊTE DES CARTES MENTALES DESSINÉES PAR LES 75 ANS ET PLUS 167
GRAPHIQUE N° 11- EXEMPLE D'UNE CLASSIFICATION ASCENDANTE HIÉRARCHIQUE SOUS PHILCATO 172
GRAPHIQUE N° 12 - STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT DES 75 ANS ET PLUS PAR QUARTIER 175
GRAPHIQUE N° 13 - PERCEPTION DES REVENUS EN FONCTION DU STATUT D'OCCUPATION DU LOGEMENT 176
GRAPHIQUE N° 14 - PERCEPTION DES REVENUS DES 75 ANS ET PLUS EN FONCTION DES QUARTIERS 177
GRAPHIQUE N° 15 - NIVEAU D'ÉTUDES DES 75 ANS ET PLUS VIVANT À DOMICILE 178
GRAPHIQUE N° 16 - NIVEAU D'ÉTUDES DES 75 ANS ET PLUS VIVANT EN RÉSIDENCE DU CAS 178
GRAPHIQUE N° 17 - NIVEAU D'ÉTUDES DES 75 ANS ET PLUS PAR QUARTIER 179
GRAPHIQUE N° 18 - CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14ÈME SELON LE MODE D'ENQUÊTE 180
GRAPHIQUE N° 19 - CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES SELON LE QUARTIER D'HABITATION DES 75 ANS ET PLUS 181
GRAPHIQUE N° 20 - CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES 75 ANS ET PLUS EN FONCTION DU MODE D'HABITAT 181
GRAPHIQUE N° 21 - ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DES ENFANTS DES 75 ANS ET PLUS 183
GRAPHIQUE N° 22 - TYPES D'AIDE À DOMICILE PAR TRANCHE D'ÂGE 184
GRAPHIQUE N° 23 - TYPES D'AIDES REÇUES EN FONCTION DES CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES 185
GRAPHIQUE N° 24 - LES LIEUX DE LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS 186
GRAPHIQUE N° 25 - LA SANTÉ PERÇUE DES 75 ANS ET PLUS 188
GRAPHIQUE N° 26 - LA SANTÉ PERÇUE DES AÎNÉS EN FONCTION DE LEUR ÂGE 188
GRAPHIQUE N° 27 - LES RAISONS DE L'ATTACHEMENT AU QUARTIER 190
GRAPHIQUE N° 28 - TYPOLOGIE DES TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS 199
GRAPHIQUE N° 29 - TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS 199

GRAPHIQUE N° 30 - REPRÉSENTATION MENTALE DES TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14ÈME 203
GRAPHIQUE N° 31 - APPROPRIATION TERRITORIALE DES DEUX SOUS-POPULATIONS DES 75 ANS ET PLUS 211
GRAPHIQUE N° 32 - APPROPRIATIONS ET CARTES MENTALES DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14E 214
GRAPHIQUE N° 33 - LE RÔLE DES DÉTERMINANTS DANS L'APPROPRIATION TERRITORIALE DES 75 ANS ET PLUS215
GRAPHIQUE N° 34 - SI VOUS DÉSIREZ DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES DÉDIÉS AUX PERSONNES ÂGÉES, À QUI VOUS ADRESSEZ-VOUS ? 277

Liste des photographies

PHOTOGRAPHIE N° 1 - ARRIVÉE DES TROUPES DU GÉNÉRAL LECLERC DANS PARIS EN 1944 50
PHOTOGRAPHIE N° 2- FÊTE DES BRETONS DE PARIS SUR LE PARVIS DE L'ÉGLISE SAINT-EUSTACHE - MAI 1944 . 50
PHOTOGRAPHIE N° 3 - LA « ZONE » À LA PORTE DE VANVES, 1954 53
PHOTOGRAPHIE N° 4 - PARIS, CONSTRUCTION DU BOULEVARD PÉRIPHÉRIQUE, PORTE DE SAINT-CLOUD 55
PHOTOGRAPHIE N° 5 - HBM, RUE LAFENESTRE 67
PHOTOGRAPHIE N° 6 A ET B - IMMEUBLES LONGEANT LE PÉRIPHÉRIQUE À LA PORTE DE VANVES , EN 2006 ET EN 2011 67
PHOTOGRAPHIE N° 7 - HÔPITAL SAINT JOSEPH, RUE RAYMOND LOSSERAND 68
PHOTOGRAPHIE N° 8 - 156 RUE RAYMOND LOSSERAND EN FACE DE L'HÔPITAL 68
PHOTOGRAPHIE N° 9 - MÉTRO PLAISANCE À L'ANGLE DE LA RUE D'ALÉSIA ET DE LA RUE R. LOSSERAND 69
PHOTOGRAPHIE N° 10 - SQUARE ALBERTO GIACOMETTI 69
PHOTOGRAPHIE N° 11 - RUE DES THERMOPYLES, AU PRINTEMPS, EN 2006 70
PHOTOGRAPHIE N° 12 - LE CHÂTEAU OUVRIER, 2004-2006 70
PHOTOGRAPHIE N° 13 - RUE VERCINGÉTORIX, IMMEUBLE DE LA ZAC 71
PHOTOGRAPHIE N° 14 - PLACE DENFERT-ROCHEREAU 72
PHOTOGRAPHIE N° 15 - MAIRIE DU 14E 72
PHOTOGRAPHIE N° 16 - RUE HALLÉ 73
PHOTOGRAPHIE N° 17 - EGLISE SAINT-PIERRE DE MONTROUGE, PLACE V. ET H. BASCH 73
PHOTOGRAPHIE N° 18 - LA GARE DU PETIT-MONTROUGE EN 2011 ET SA RÉHABILITATION SELON L'ARCHITECTE LOUIS PAILLARD 74
PHOTOGRAPHIE N° 19 - L'AXE DU TRAMWAY, BOULEVARD BRUNE 74
PHOTOGRAPHIE N° 20 - VOITURE DE LIVRAISON DES REPAS À DOMICILE 124
PHOTOGRAPHIE N° 21 - ACCUEIL DU FORUM « L'ART DE VIEILLIR DANS LE 14^{E} » 128
PHOTOGRAPHIE N° 22 - STAND DU FOM « L'ART DE VIEILLIR DANS LE 14ÈME » 128
PHOTOGRAPHIE N° 23 - LE CINÉMA « LE BRETAGNE » BOULEVARD MONTPARNASSE 192
PHOTOGRAPHIE N° 24 - LA VOIE FERRÉE DE L'ANCIENNE PETITE CEINTURE 194
PHOTOGRAPHIE N° 25 - UN MATIN, RUE D'ALÉSIA 195
PHOTOGRAPHIE N° 26 - ENTRÉE DU SQUARE JULIA BARTHET 238
PHOTOGRAPHIE N° 27 - LES PUCES RUE MARC SANGNIER, SOUS LA PLUIE 239
PHOTOGRAPHIE N° 28 - AVENUE DE LA PORTE DE VANVES VUE DE LA RUE MARC SANGNIER 239
PHOTOGRAPHIE N° 29 - PHOTOGRAPHIE AÉRIENNE DE LA PLACE VICTOR ET HÉLÈNE BASCH 241
PHOTOGRAPHIE N° 30 - PLACE VICTOR ET HÉLÈNE BASCH 241
PHOTOGRAPHIE N° 31 - ROND-POINT DE LA PLACE VICTOR ET HÉLÈNE BASCH 242
PHOTOGRAPHIE N° 32 - BRIDGE AU CLUB SABLIÈRE 249
PHOTOGRAPHIE N° 33 - COURS DE POTERIE AU CLUB DELBET 250

PHOTOGRAPHIE N° 34 - BRUNCH AU CLUB PLAISANCE 255
PHOTOGRAPHIE N° 35 - LE COIN BAR DE LA MAISON OUVERTE 259
PHOTOGRAPHIE N° 36 - COURS DE QI QONG 260

Liste des cartes

CARTE N° 1 - INDICE DE VIEILLISSEMENT EN UNION EUROPÉENNE EN 2010 18
CARTE N° 2 : INDICE DE VIEILLISSEMENT PAR DÉPARTEMENT EN 2007 EN FRANCE 24
CARTE N° 3 - RÉPARTITION DES 75 ANS ET PLUS À PARIS PAR QUARTIER ADMINISTRATIF 60
CARTE N° 4 - RÉPARTITION DES 80 ANS ET PLUS À PARIS EN 2006, À L'IRIS 60
CARTE N° 5 - RÉPARTITION DES FOYERS DE TRAVAILLEURS .MIGRANTS DANS PARIS EN 2011 62
CARTE N° 6 - REVENU MÉDIAN PAR TRANCHE D'ÂGE DES 60 ANS ET PLUS PAR ARRONDISSEMENT 63
CARTE N° 7- PART DES LOCATAIRES ET PROPRIÉTAIRES D'UN LOGEMENT HLM ÂGÉS DE 60 ANS OU PLUS EN 2011 64
CARTE N° 8- REVENU MÉDIAN EN 2006 À PARIS, PAR IRIS 65
CARTE N° 9 - TYPOLOGIE DES PARISIENS ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS 65
CARTE N° 10 - REVENUS MÉDIANS PAR UNITÉ DE CONSOMMATION ET PAR IRIS EN 2006 76
CARTE N° 11 - CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES 15 ANS ET PLUS DANS LE 14ÈME ARRONDISSEMENT 77
CARTE N° 12 - RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR CLASSES D'ÂGE À L'IRIS EN 2006 78
CARTE N° 13 - RÉPARTITION DES 75 ANS ET PLUS DANS L'ARRONDISSEMENT À L'ÉCHELLE DE L'IRIS 79
CARTE N° 14 - LOCALISATION DES VILLES AU LABEL « BIEN VIEILLIR, VIVRE ENSEMBLE » 106
CARTE N° 15 - LES RÉSEAUX DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES EN ILE-DE-FRANCE EN 2011 118
CARTE N° 16 - LES TERRITOIRES DE PPE/CLIC, À PARIS, DE 2006 À 2011 125
CARTE N° 17 - AXES DE CIRCULATION DANS LE 14ÈME ARRONDISSEMENT 159
CARTE N° 18 - PLAN DES LIGNES DE BUS DU 14E 160
CARTE N° 19 - DISPARITÉS SOCIO-SPATIALES À L'ÉCHELLE DE L'IRIS DANS LE 14E 161
CARTE N° 20- LOCALISATION DES PERSONNES INTERROGÉES 164
CARTE N° 21 - INDICE D'APPROPRIATION DES 75 ANS ET PLUS DANS LE 14ÈME 213
CARTE N° 22 - CARTE MENTALE D'EMMA, 102 ANS, ASSEZ BONNE APPROPRIATION TERRITORIALE 224
CARTE N° 23 - PLAN DE LA PORTE DE VANVES 237
CARTE N° 24 - CARTE MENTALE DE LAURETTE 237
CARTE N° 25 - CARTE MENTALE DE JACQUELINE 238
CARTE N° 26 - CARTE MENTALE D'HENRIETTE 239
CARTE N° 27 – PLAN DE LA PLACE VICTOR ET HÉLÈNE BASCH 241
CARTE N° 28 - CARTE MENTALE DE MARIE-CLAUDE 242
CARTE N° 29 - CARTE MENTALE D'ALBERT CARTE N° 30 - CARTE MENTALE DE MARTIALE 243
CARTE N° 31 - RAYONNEMENT DES CLUBS LA SABLIÈRE ET DELBET DANS LE 14^{E} ARRONDISSEMENT 250
CARTE N° 32 - RAYONNEMENT DES CLUBS LA SABLIÈRE ET DELBET DANS LE 14^{E} ARRONDISSEMENT 251
CARTE N° 33 - AIRE D'ATTRACTION DU CLUB DIDOT-POMPIDOU (14^{E} ARRONDISSEMENT) 252
CARTE N° 34 - AIRE D'ATTRACTION DU CLUB PLAISANCE (14E ARRONDISSEMENT) 253

CARTE N° 35 – RAYONNEMENT DES MAISONS OUVERTES PARISIENNES EN 2008-2009 – UNE ATTRACTIVITÉ RÉGIONALE 257
CARTE N° 36 – AIRE D'ATTRACTION INTRA-MUROS DE LA MAISON OUVERTE DU 14E 258
CARTE N° 37 - PLAN DES BUS DANS LE 14E ARRONDISSEMENT 272
CARTE N° 38 - ORIGINES GÉOGRAPHIQUES DES VISITEURS DU FORUM DE 2009 279

Liste des sigles

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
APA	Aide pour l'autonomie
APUR	Atelier Parien d'Urbanisme
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraire et de la Santé au Travail
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CLIC	Centre de Liaison d'Information et de Coordination
DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
DRASS	Direction Régional de l'administration sanitaire et sociale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation Statistiques
EHPAD	Etablissemen d' Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso Ressources
HBM	Habitation à Bon Marché
HLM	Habitat à Loyer Modéré
IAU	Institut d'aménagement et d'urbanisme
INED	Institut Nationale des Eyudes Démographiques
INSEE	Institut nationale de la Statistique et de Etudes Economiques
IRIS	Ilots regroupés pour des indicateurs statistiques
PPE	Point Paris Emeraude
RGG	recensement général de la >Population
SROMS	Schéma Régionale de l'organisation médico sociale

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I. LES ENJEUX DU GRAND ÂGE 15

INTRODUCTION 16

CHAPITRE 1 TERRITOIRE, SANTÉ ET QUALITÉ DE VIE AU GRAND ÂGE : QUELLE(S) GÉOGRAPHIE(S) 17

Introduction 17

1.1 Des vieillards aux aînés : de l'évolution démographique aux évolutions sociétales 17

1.1.1 Vieillissement et gérontocroissance inéluctables 17

1.1.2 Vieillissement et territoire 22

1.1.3. Les représentations de la vieillesse : de la vieillesse « fléau » à la vieillesse » patrimoine » 25

1.2 Le territoire, au cœur des enjeux du grand âge 32

1.2.1 Territoire et vieillissement : un objet de recherche transversal 32

1.2.2 Du territoire au territoire de vie : des débats aux perspectives 33

1.3. Qualité de vie et bien être au grand âge en ville : quelle pertinence au regard du développement durable ? 37

1.3.1 Vieillissement et développement durable 37

1.3.2 Vieillissement et ville durable : un paradoxe ? 38

1.3.3 Enjeux territorialisés du vieillissement de la population 40

1.3.4 Santé, qualité de vie et bien- être au grand âge 43

Conclusion 44

CHAPITRE 2 LES DYNAMIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES 75 ANS ET PLUS À PARIS 47

Introduction 47

2.1 L'évolution démographique et sociale du grand âge dans la capitale 47

2.1.1 Les générations du premier tiers du XXe siècle 47

2.1.2 Une génération témoin des transformations urbaines parisiennes 52

2.1.3 Vieillissement et gérontocroissance de la population parisienne : quelle évolution ? 56

2.1.4 Etrangers et migrants âgés à Paris 61

2.2 Les inégalités socio-spatiales des aînés parisiens 63

2.3 Vieillir dans le 14e. 66

2.3.1 Une mosaïque urbaine 66

2.3.2 Des disparités socio-spatiales marquées 75

2.3.3 Les aînés du 14e. 78

Conclusion 80

CHAPITRE 3 BIEN VIEILLIR : UN PARADIGME SOCIÉTAL 81

Introduction 81

3.1 La santé au grand âge 81

3.1.1 L'impact du vieillissement sur la transition sanitaire 81

3.1.2 Des déterminants aux indicateurs 83

3.1.3 La qualité de vie liée à la santé 89

3.2 De l'autonomie, fragilité et dépendances : les controverses 91
3.2.1 Des controverses 91
3.2.2 L'évaluation de la perte d'autonomie 93
3.2.3 La fragilité : un concept discuté, mais au cœur des politiques de prévention 95
3.3 Vieillissement en santé et qualité de vie : une approche territoriale et intergénérationnelle 97
3.3.1 Le vieillissement en santé : du concept à la promotion de la santé 97
3.3.2 Bien vieillir en France : une promotion à toutes les échelles 102
Conclusion 108
CHAPITRE 4 LES ACTEURS, AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES TERRITOIRES **110**
Introduction 110
4.1 Etat des lieux des politiques publiques et des acteurs concernés par le vieillissement 110
4.1.1 Une décentralisation des politiques publiques 110
4.1.2 2010, qui fait quoi ? 114
4.2 Les acteurs parisiens 121
4.2.1 L'organisation parisienne 121
4.2.2 Les acteurs du 14e 126
Conclusion 130
Conclusion de la partie 1 131
INTRODUCTION **133**
CHAPITRE 5 DES PRATIQUES SPATIALES AU CŒUR DE LA DÉMARCHE GÉOGRAPHIQUE **134**
Introduction 134
5.1 Des pratiques spatiales, agents de l'appropriation de l'espace 134
5.1.1 Les pratiques spatiales : un paradigme de la géographie sociale 134
5.1.2 Pratiques spatiales du grand âge : reflets des mobilités et de l'accessibilité 136
5.1.3 Pratiques spatiales : un observatoire du capital spatial ? 140
5.2 La carte mentale : un outil au service de la représentation de l'espace 141
5.2.1 Historique de l'utilisation des cartes mentales 141
5.2.2 Cartes mentales et personnes âgées 143
5.2.3 Apports et limites des cartes mentales 144
5.3 Méthode d'analyse des cartes mentales 146
Conclusion 150
CHAPITRE 6 ANALYSE ET EXPLOITATION D'UNE ENQUÊTE QUALITATIVE **152**
Introduction 152
6.1 Une démarche qualitative pour appréhender les territoires de vie des aînés 152
6.1.1 Une démarche scientifique 152
6.2 Une enquête qualitative centrée sur les pratiques spatiales et les besoins des 75 ans et plus 156
6.2.1 La conception d'une démarche exploratoire 156
6.2 L'enquête besoins et déplacements dans le 14e 164
6.2.1 L'échantillon 164
6.2.2 Des analyses ciblées portant sur cinq axes majeurs 167

6.2.3 Proposition d'un indice d'appropriation territoriale ... 169
6.3. La cartographie, support de l'analyse spatiale ... 171
6.3.1. Les cartes en oursins à l'échelle de l'îlot ... 171
6.3.2 Les planches ... 171
6.3.3 Les cartes thématiques ... 172
Conclusion ... 172
CHAPITRE 7 APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE LA TERRITORIALISATION DES AÎNÉS ... **174**
Introduction ... 174
7.1 Les déterminants socio-économiques et sanitaires des 75 ans et plus ... 174
7.1.1. La perception du niveau de vie ... 174
7.1.2 Le niveau scolaire ... 177
7.1.3 Les catégories socio-professionnelles ... 179
7.2 La perception de son territoire de vie ... 189
7.2.1 Le sentiment de sécurité ... 189
7.2.2. L'attachement au quartier ... 190
7.2.3. La perception de sa mobilité ... 194
7.3. Les territoires de vie et leurs représentations ... 197
7.3.1 Des territoires à géométrie variables en fonction des pratiques spatiales ... 197
7.3.2 Représenter son espace vécu, son territoire ... 202
Conclusion ... 206
Conclusion de la partie 2 ... 207
INTRODUCTION ... **209**
CHAPITRE 8 L'APPROPRIATION TERRITORIALE : BAROMÈTRE DE L'INTÉGRATION ET DES BESOINS ASSOCIÉS DES AÎNÉS DANS LE 14E ... **210**
Introduction ... 210
8. 1 L'appropriation territoriale et ses représentations : un outil de détection de la fragilité des aînés ... 210
8.1.1 Les déterminants de l'appropriation territoriale ... 210
8.1.2 Des intégrations territoriales contrastées ... 215
8.2 Des appropriations territoriales contrastées ... 216
8.2.1 Les caractéristiques d'une appropriation territoriale « solide » ... 216
8.2.2 Les caractéristiques de la « bonne » appropriation territoriale ... 218
8.2.3 Caractéristiques d'une « assez bonne » appropriation territoriale ... 222
8.2.4 Les caractéristiques d'une intégration « fragile » ... 228
8.3 Constitution d'un outil de détection de la fragilité des personnes âgées de l'indice à l'échelle d'appropriation territoriale ... 232
8.3.1 De l'indice à l'échelle ... 232
8.3.2 Des espaces fractures renforçant les fragilités ... 236
Conclusion ... 246
CHAPITRE 9 LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS, AU CŒUR DE L'INTÉGRATION SOCIO-SPATIALE ... **248**
Introduction ... 248
9.1 Quelle participation sociale dans le 14e arrondissement ? ... 249

9.1.1 Les clubs du Centre d'Action Sociale 249
9.1.2 La Maison Ouverte 256
9.1.3 Les autres formes de participation sociale dans l'arrondissement 260
9.2 Quelles approches politiques pour favoriser la participation sociale ? 263
9.2.1 Comment répondre aux besoins en matière d'offres, d'accessibilité et de qualité ? 263
9.2.2 Quels professionnels et quelles politiques publiques ? 265
Conclusion 268
CHAPITRE 10 DU DIAGNOSTIC LOCAL À UNE POLITIQUE TERRITORIALE DU VIEILLISSEMENT **270**
Introduction 270
10.1 Des besoins territorialisés et intergénérationnels pour une meilleure qualité de vie 270
10.1.1 L'accessibilité, pour conserver sa mobilité et son autonomie 270
10.1.2 Les services à la personne 273
10.1.3 L'environnement urbain 274
10.2 L'information, au cœur de la qualité de vie des territoires 275
10.2.1 L'état de la connaissance des aides et des acteurs de l'arrondissement. 275
10.2.2 Améliorer la diffusion de l'information 278
10.3 Les acteurs locaux, au cœur d'un politique territoriale du vieillissement 280
10.3.1 Des projets, mais des difficultés pour les réaliser 280
10.3.2 La restructuration du Point Paris Emeraude et ses conséquences sur le territoire 281
10.3.3 Renforcer la coordination entre les acteurs locaux et privilégier les projets de proximité 282
Bilan et perspectives 283
Conclusion 284
Conclusion générale 286
BIBLIOGRAPHIE **290**
LISTE DES FIGURES **306**
LISTE DES TABLEAUX **306**
LISTE DES GRAPHIQUES **307**
LISTE DES PHOTOGRAPHIES **309**
LISTE DES CARTES **311**
LISTE DES SIGLES **313**
ANNEXES **318**
RÉSUMÉ DE LA THÈSE **358**

ANNEXES

Annexe 1 - Les quatre combinaisons géographiques du vieillissement et de la gérontocroissance

Les quatre combinaisons géographiques du vieillissement et de la gérontocroissance

Période 1999-2007	Vieillissement en augmentation ↗ % des 60 ans ou plus dans la population totale	Vieillissement en diminition ↘ % des 60 ans ou plus dans la population totale
Gérontocroissance = augmentation du nombre des personnes âgées dans une population	Vieillissement en augmentation + gérontocroissance *exemple : Hautes Alpes - Oise*	Vieillissement en diminution + gérontocroissance *exemple : Paris - Lozère Alpes Maritimes 1990/99*
Gérontodécroissance = diminution du nombre des personnes âgées dans une population	Vieillissement en augmentation + gérontodécroissance *exemple : Creuse 1990/99*	Vieillissement en diminution + gérontodécroissance *exemple : Creuse - Paris 1990/99*

Source : Dumont G-F., (2010), La géographie des territoires gérontologiques, « Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses », *Gérontologie et société*, n°132, FNG, page 53

Annexe 2 - Projets labellisés « Agenda 21, Paris s'engage » .

MAIRIE DE PARIS

Projets labellisés Agenda 21

AGENDA21 Paris s'engage

Plans

1 Economies d'énergie à usage de chauffage

2 Plan de lutte contre le bruit

3 Plan Climat de Paris

Chartes, certifications et référentiels

4 Approche intégrée conception / construction / gestion des établissements de petite enfance

5 Stratégie coopérative pour les travaux du centre d'action sociale

6 Charte parisienne relative à la téléphonie mobile

7 Référentiel « achat responsable »

8 Aménagements et constructions durables à Paris

9 Coton équitable pour les vêtements des agents

10 Qualité /Sécurité /Environnement dans les égouts

Actions à destination du public / missions

11 Appel à projets solidarité internationale - eau - assainissement

12 Réseau d'artisans pour l'écoconstruction dans le 20e arrondissement

13 ▲ Activités d'éducation au développement durable

14 Collecte et distribution de seringues

15 Politique parisienne de coopération décentralisée avec les villes du Sud

16 Accès des associations de migrants aux financements de la Ville de Paris (label « co-développement »)

17 Eau potable pour tous à Phnom Penh

Equipements et aménagements

18 Projet de Batoligne

19 Jardins d'Eole

20 Ressourceries / recycleries à Paris

21 ▲ Jardins partagés

22 Bases de livraisons

23 Bâtiments écologiques - Fréquel-Fontarabie

24 Dépollution naturelle des sols

25 Energie renouvelable solaire

26 Quartiers durables : Blaise - Montreuil

27 Réhabilitation du jardin d'essais du Hamma (Alger)

Grands projets

28 Tramway des Maréchaux sud - T3

29 Couvertures du périphérique porte des Lilas et porte de Vanves

30 Eco-quartier Clichy Batignolles 17e

31 Eco-quartier Boucicaut 15e

32 Eco-quartier Claude Bernard 19e

33 Eco-quartier Pajol 18e

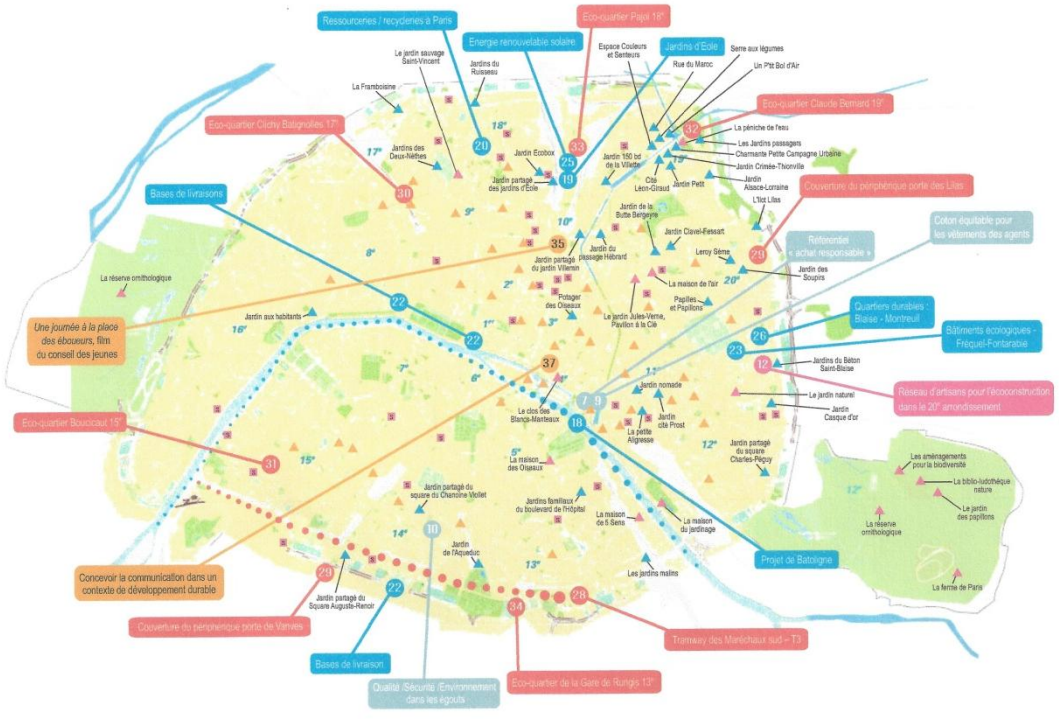
34 Eco-quartier de la Gare de Rungis 13e

Actions de communication / formation

35 *Une journée à la place des éboueurs*, film du conseil des jeunes

36 ▲ Développement de l'auto-partage à Paris

37 Concevoir la communication dans un contexte de développement durable



Annexe 3 - Résultats des Baccalauréats de 1915 à 1940 par sexe

TABLEAU 2. — BACCALAURÉATS DÉLIVRÉS DE 1915 À 1940, SELON LE SEXE *
(EN NOMBRE ABSOLU)

Années	Garçons	Filles	Total	Années	Garçons	Filles	Total
1915	7 209	502	7 711	1928	10 177	2 787	12 964
1916	5 876	490	6 366	1929	11 127	3 249	14 376
1917	7 509	734	8 243	1930	11 858	3 708	15 566
1918	7 457	838	8 295	1931	11 300	3 707	15 007
1919	7 325	933	8 258	1932	11 574	3 982	15 556
1920	9 190	1 326	10 516	1933	11 008	3 969	14 977
1921	8 754	1 390	10 144	1934	9 535	3 598	13 133
1922	8 066	1 401	9 467	1935	8 560	3 379	11 939
1923	8 525	1 612	10 137	1936	8 695	3 604	12 299
1924	8 489	1 739	10 228	1937	11 007	4 432	15 439
1925	8 852	1 967	10 819	1938	14 662	5 880	20 542
1926	9 177	2 195	11 372	1939	19 207	7 746	26 953
1927	10 080	2 583	12 663	1940	18 485	9 292	27 777

* Académie de Strasbourg non comprise, jusqu'en 1918.

Source : Jean-Clause Chesnais, La population des bacheliers en France, *Population*, n°3, 1975, page 534

Annexe 4 - Historique du dispositif quartier Politique de la ville

Politique publique de cohésion sociale et territoriale, la politique de la ville est inscrite dans les contrats de plan Etat-Région depuis 1986. Cependant, sa première affirmation remonte au 7ème Plan (1976-1980), avec la procédure dite « Habitat et vie sociale » (circulaire du 3 mars 1977) visant à améliorer une cinquantaine de grandes cités HLM déclassées. La caractéristique de cette politique était de « de chercher à associer étroitement les investissements à réaliser pour améliorer la qualité du cadre bâti, le confort des logements et les actions concourant au développement de la vie des quartiers : aménagement des espaces extérieurs, implantation d'équipements collectifs, animation sociale » [Hubert Dubedout-Ensemble refaire la ville : rapport au 1 er ministre, 1982].

A partir de 1998, la politique de la ville intègre peu à peu d'autres dispositifs conçus dans la même logique contractuelle : plans locaux d'insertion par l'économique (PLIE) en 1993, contrats locaux de sécurité (CLS) en 2001, contrats éducatifs locaux (CEL) en 1998, plans de déplacements urbains (PDU) en 2001, programmes locaux de l'habitat (PLH), conventions de développement culturel, sont autant de réponses institutionnelles à des situations d'exclusion qu'aucune politique classique n'a pu véritablement régler. Dans le même temps, le nombre de villes concernées passe d'une vingtaine en 1977 à 247 en 2000.

La géographie prioritaire de la Politique de la ville au cours des années 2000-2006, c'était : 247 contrats de ville, 751 zones urbaines sensibles, 85 zones franches urbaines. la dernière génération des contrats de ville 2000-2006 avait pour mission de fédérer ces dispositifs multiples pour conduire vers le droit commun ces territoires.

Par ailleurs, la la loi Solidarité et renouvellement urbain du 13 décembre 2000 (**loi SRU**) « positionne » la politique de la ville au niveau de l'agglomération et entend rénover les outils de la politique urbaine pour éviter la création de ghettos, le délabrement des centres villes et l'étalement urbain. Elle impose notamment 20% de logements sociaux par commune.

La **loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine** du 1er août 2003 met en place un programme der rénovation urbaine à travers l'Agence nationale de rénovation urbaine (**ANRU**) dont la création date du 11 février 2004.

Les Projets de rénovation urbaine (PRU) bénéficient de crédits importants et ont pour objectif la restructuration urbaine des quartiers les plus enclavés et ayant le plus mal vieilli. Au premier février 2008, 247 **conventions de rénovation urbaine** ont été signées.

Le Comité interministériel des Villes lance en mars 2006 le **Contrat urbain de cohésion sociale** (CUCS) qui succède depuis le 1er janvier 2007 au Contrat de ville, avec un cadre et une géographie prioritaire renouvellés : à ce jour, 440 Cucs sont signés en France et 1900 quartiers concernés. Ces contrats sont conclus pour une durée de trois ans renouvelable. Les institutions signataires de ces contrats sont les communes, les départements, les régions, l'Etat, l'ACSE. Les Zones franches urbaines sont maintenues et de nouvelles sont même créées. Les diverses mesures en faveur des quartiers s'articulent autour de cinq champs prioritaires : l'accès à l'emploi et le développement économique, l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie, la réussite éducative, la citoyenneté et la prévention de la délinquance, l'accès à la santé.

Source : http://www.crpv-paca.org/2-politiqueville/niveau_national.php

Annexe 5 - Les modèles du vieillissement réussi

Catégories	modèles	Principes mis en exergue
Vieillir en interaction avec son environnement et d'adapter		
	- Lawton et Nahemow(1973) -	Une adapttatino de la personne se rérfant à l'expérience affective perceptuelle et cognitive de la personne
	- Bronfenbrenner (1979)	Approche écologique et systémique
	- Glass et Balfour(2003)	Le l'environnementest vu sous l'angle du voisinage constitué de 4 facteurs :conditions socio-écon, niveau d'intégration sociale, caractéristiques pysique de l'environnement présences de services= principe de l'ajustement de la personnes âgée à son environnement favorable ou défavorabel
Vieillir et se fragiliser		
	- Buchner et wagner (1992)	Modèle conceptuel des incapacités liés à la fragilité
	-L ebel et collaborateur(1999)	Modèle dynamique de la fragilité
	- Bergman et collaborateur(2004)	Modèle provisoire fondé sur la fragilité : un syndrôme complexe de vulnérabilitté accrue
Vieillir avec ses déficiences des incapacités, des handicaps		
	- Baltes et Baltes(1990)	Modèle d'optimisation sélective avec compensantion
	- Verbrugge et jette (1994)	
	- Patrick (1997)	Modèle de promotion de la santé pour les personnes vivant

		des incapacités
	- Leclerc (2007)	
Vieillir selon une perspective positive		
	- Riley et Riley (1990)	D
	- Rowe et Khan (1998)	Model of successful aging
	- Bryant, Corbett et Kutner (2001)	Model of healthy aging
	- OMS (2002)	Approche holistique de la santé(santé, sécurité financière, qualité du logment, sécurité
	- Alberta Health and Wellness (2002)	

Annexe 6 - Les actions prioritaires du plan vivre chez soi

Les actions prioritaires préconisées par la mission

Parmi toutes les perspectives d'action identifiées par les groupes de travail, la Mission a souhaité privilégier dix-huit mesures

AXE 1 :Améliorer le cadre de vie des aînés

- **Mesure 1** : Création d'un label « Vivre chez soi »
- **Mesure 2** : Généralisation dans les plans locaux d'habitat des études de préfiguration de la stratégie territoriale en matière d'adaptation du parc de logements neufs ou existant
- **Mesure 3** : Rendre possible la création d'une nouvelle catégorie de logements sociaux dédiés aux Aînés
- **Mesure 4** : Mise en place d'un « diagnostic autonomie » de l'habitat et de son environnement immédiat, complémentaire des diagnostics existant (Loi Carrez, performance énergétique notamment) au service de la protection des consommateurs.
- **Mesure 5** : Promotion de solutions financières d'accès universel
- **Mesure 6** : Mise en place de bilans de mobilité pour les Aînés
- **Mesure 7** : Mesurer et prévenir les discriminations liées à l'âge
- **Mesure 8** : Engager une concertation avec le secteur de l'assurance sur la problématique de dé-mutualisation

AXE 2 : Faciliter l'accès aux technologies et services du Vivre chez soi, encourager le développement d'une offre adaptée

- **Mesure 9** : Lancer une campagne de communication dédiée aux technologies et services du vivre chez soi
- **Mesure 10** : Généraliser l'accès des Aînés à l'internet
- **Mesure 11** : Favoriser la mise à disposition d'offres domotiques groupées
- **Mesure 12** : Favoriser le développement de la conception universelle dans les filières industrielles via la Recherche & Développement collaborative
- **Mesure 13** : Créer un fonds d'investissement dédié aux entreprises développant des objets communicants favorisant le vivre chez soi

AXE 3 : Accompagner la modernisation des services à la personne

- **Mesure 14** : Créer un centre de référence et d'expertise pour les métiers et les compétences dans le domaine de la santé et du social
- **Mesure 15** : Renforcer l'organisation des services à la personne par des mutualisations appuyées sur des outils de télégestion
- **Mesure 16** : Développer la certification de solutions en matière d'optimisation des services à la personne
- **Mesure 17** : Favoriser le développement de centres d'appels multiservices dans le domaine social et médico-social
- **Mesure 18** : Promouvoir le vivre chez soi au plan international

Annexe 7 - Témoignage de Mme Dupont en banlieue parisienne en 2007.

Voilà les difficultés auxquelles nous sommes confrontés :

1) En premier lieu, je dirais l'incompétence des médecins de ville : pas de conseils, plus de bâtons dans les roues qu'autre chose, pas de soutien, pas de relais auprès de maman) pour expliquer l'intérêt et l'importance d'une aide à domicile, pour préparer le terrain, etc. Nous allons donc en changer (contre l'avis de maman, bien sûr) espérant trouver un peu plus de compréhension et de mobilisation pou le maintien à domicile le plus longtemps possible auprès d'un autre. (Au passage je suis convaincue du rôle essentiel, comme premier maillon de la chaine, de ces médecins, qui, pour le nôtre ne semblent pas être vraiment au courant de tout ce qui existe, aucun lien avec les services sociaux de la mairie, etc. Et pourtant ce sont eux les relais essentiels, de proximité, de toute politique d'accompagnement des personnes âgées pour leur maintien à domicile.)
2) La ville de Saint-Maur ensuite : quand on les appelle, on patiente longtemps, on est baladé d'un numéro à l'autre, pour finalement tomber sur des personnes peu aimables, qui nous expliquent que ce n'est pas la mairie qui fait mais qu'elle est en rapport avec des gens qui font et qu'elle nous transmet notre demande… A Villiers il semble que ce soit plus aimable comme accueil, et plus centralisé : le CCAS répond que toutes les prestations sont dévolues à la Croix-Rouge, les détails sont plus rapides et la compréhension du problème, de l'urgence semble meilleure (ils ont envie de faire que ça fonctionne, alors qu'à Saint-Maur on a plutôt l'impression de les déranger dans des activités plus importantes.)
3) Dossier d'APA: les détails sont longs, il faut faire intervenir le médecin pour remplir le dossier médical (de nouveau le rôle du médecin traitant). La personne du Conseil Général qui se déplace est très bien, mais on sent qu'elle a un rôle plus administratif qu'autre chose (mais elle et très bien et a fait le maximum pour convaincre maman et nous donner tous les éléments). Après, à Saint-Maur, il faut se débrouiller tous seuls pour trouver l'entreprise d'aide à la personne qui va bien (à Villiers c'est le CCAS qui s'en occupe puisqu'il travaille en partenariat avec la Croix-Rouge, les aides ménagères sont donc envoyées par la Croix-Rouge). L'assistance sociale du Conseil Général nous a donné une liste qualifiée d'entreprises en nous en conseillant une(heureusement, car les autres qu'elle nous a donné ne travaillaient pas sur le même périmètre de Saint-Maur). J'ai donc appelé le responsable de cette entreprise qui se trouve à Maisons Alfort et que nous rencontrons la semaine prochaine : je suis obligée de lui faire confiance, car je n'ai pas de concurrent à lui opposer, j'espère donc que les personnes qu'il recrute sont bien formées… Peut-être faudrait-il envisager une certification de ces entreprises (celle de Maisons Alfort est agréée par le Conseil Général, mais je ne sais pas sur quels critères, peut-être en grande parties sur des critères financiers, ce qui n'est pas suffisant bien évidemment.)

4) Télé alarme : la mairie de Saint-Maur a pris nos coordonnées et les a transmises à leur partenaire (en l'occurrence une filiale de Mondial Assistance) qui nous a contactés pour venir faire l'installation. On va donc se débrouiller tous seuls avec eux, comme des grands, et voir ensuite comment obtenir la prise en charge de la moitié du coût (prise en charge par la mairie de Saint-Maur depuis 1 an seulement, avant, Saint-Maur s'y opposait et était la seule commune du coin à ne pas assurer cette prise en charge.)
5) Pour l'infirmière : il faut repasser par un médecin pour faire la demande à la sécu et se débrouiller là aussi tous seuls pour trouver l'infirmière qui voudra bien et pourra le faire. J'ai pris la liste sur les pages jaunes d'Internet, faute de mieux.
6)

Bref, en résumé :

*La mairie est inexistante et se décharge complètement du sujet sur des prestataires et sur la famille qui doit se démener dans tous les sens pour mettre en place tous les éléments du dispositif (question : quand il n'y a pas de famille, qui se démène ?). La mairie ne nous a pas non plus aidés à monter le dossier d'APA (vu l'accueil, on s'est bien gardés de lui demander quoi que ce soit). Par exemple, la mairie ne nous a pas parlé du CLIC dont on me parle, ce qui est dommage car j'aurais pu peut-être y glaner des renseignements utiles.

*Le dispositif comprend plusieurs éléments, qu'il faut coordonner du mieux que l'on peut, il n'y a pas de coordination assurée par une instance sociale quelconque. Les gens sont seuls aller chercher les intervenants et à s'organier avec eux (aide-ménagère, télé alarme, infirmière).Le Conseil Général dans cette affaire a plus un rôle administratif et de payeur.

*Pour nous, nous aimerions avoir plus de garantes sur les personnes qui vont intervenir.

*Et enfin question de fond : quand il n'y a pas de famille, ou que la famille est absente, ou que la famille n'est pas en capacités de faire les démarches (il faut bien savoir manier le téléphone, la négociation, il faut être un peu astucieux quoi et savoir s'exprimer, ce qui n'est pas la cas de tout le monde) que se passe-t-il ???

Annexe 8- grille d'analyse des cartes mentales

numéro	nom	échelle représentée	quartier		voie	place arrefour	noms rues	repères	immeuble relief	aménités	transport	lieux récréatifs	parcs jardins	légende	échelle représentée	trajets locaux	flèches direction	lien social	logement	couliuers	commentaires -	commentaires +	total	discrétisation	description	territoire de vie
1	1f77	2	montparn	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	10	3	utile+	large
4	04f86	1	pm	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	7	2	mini+	arr
5	5f78	3	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	3	0	1	0	1	0	0	0	14	4	ouvert	arr
7	7f86	2	pm	plan	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	9	3	utile-	quartier
9	9h77	2	md	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	8	2	mini+	large
10	10f78	2	md	plan	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	2	1	1	0	1	0	0	0	12	4	ouvert	large
12	12f77	3	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	3	0	1	0	1	0	0	0	14	4	utile+	large
13	13f	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	10	3	utile+	large
15	15f77	2	montparn	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	0	13	4	ouvert	large
16	16f88	1	pm	plan	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	1	mini+	large
17	17h85	3	pm	plan	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	3	0	0	0	1	1	0	1	13	4	utile+	large
18	18f88	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	11	4	utile+	large
19	19f76	4	plaisance	organigr	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0	0	8	2	ouvert	large
20	20f79	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	13	4	utile+	large
21	21f77	4	plaisance	organigr	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	0	0	1	12	4	ouvert	large
22	22f80	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	1	1	0	1	0	0	0	13	4	utile+	arr
23	23f81	3	plaisance	plan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	0	0	0	1	0	0	0	14	4	village+	large
24	24f84	2	pm	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	8	2	mini	large
25	25f75	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1		0	0	0	12	4	village	quartier
30	30f77	1	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	10	3	utile+	arr
32	32f80	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	1	mini	arr
33	33f80	2	plaisance	plan	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	7	2	utile +	large
34	34f75	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	10	3	utile+	quartier
35	35f80	2	plaisance	plan	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	9	3	utile+	large
36	36h80	3	plaisance	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	7	2	mini	large
37	37h81	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	1	1	0	0	11	4	utile+	arr
40	40h102	1	montparn	plan	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	8	2	utile+	îlot
42	42f88	1	pm	plan	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	mini	îlot
43	43f79	4	plaisance	organigr	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	1	1	1	1	0	0	0	12	4	ouvert	large
44	44h80	1	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8	2	utile+	large
47	47f81	1	md	plan	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	2	mini	large
49	49h90	1	plaisance	plan	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	1	mini	large
51	51f85	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	12	4	utile+	large
52	52f82	2	plaisance	organigr	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	5	1	mini	large
53	53f75	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	11	4	utile+	large
54	54f81	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	3	utile+	large
55	55f76	2	montparn	plan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	6	1	mini	large
56	56h82	3	pm	organigr	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	9	3	utile+	arr
58	58h79	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	9	3	utile+	quartier
59	59h75	1	pm	plan	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	10	3	utile+	large
61	61f85	2	md	plan	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	9	3	utile+	arr
62	62h77	2	md	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	11	4	utile+	large
64	64f85	2	md	plan	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	1	mini	quartier
65	65f89	1	pm	pm	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1	mini	îlot
66	66h77	3	md	mots	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	8	2	ouvert	large
67	67h80	2	md	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	13	4	utile+	large
69	69f82	2	pm	plan	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	9	3	utile+	îlot
73	73f87	2	pm	organigr	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	9	3	ouvert	quartier
75	75h78	3	pm	plan	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	9	3	ouvert	large
77	77f77	2	montparn	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	3	utile+	large
78	78h86	2	montparn	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	8	2	utile	large
79	79h100	1	montparn	organigr	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	7	2	mini	large
80	80h79	1	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	2	utile-	large
81	81f82	2	montparn	plan	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	8	2	utile-	îlot
82	82h76	1	md	dessin	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	1	mini+	large
84	84f75	2	md	plan	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	3	mini+	large
85	85f87	2	montparn	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	11	4	mini+	large
86	86f76	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	3	utile-	îlot
87	87h82	1	pm	plan	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	1	restrein	îlot
88	88f77	2	md	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	0	12	4	utile+	large
89	89f81	1	pm	plan	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	7	2	utile+	îlot
91	91f86	0	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	11	4	utile+	large
92	92f87	2	pm	organigr	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7	2	utile-	large
94	94f77	2	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	12	4	utile+	arr
95	95f80	2	pm	plan	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	3	utile+	large
96	96f82	2	plaisance	plan	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	8	2	utile+	quartier
97	97h87	2	plaisance	plan	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	6	1	mini	large
98	98f75	2	plaisance	plan	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	9	3	utile+	arr
99	99h77	2	plaisance	plan	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	1	11	4	utile+	large
100	100f84	1	plaisance	plan	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	6	1	mini	large
101	101f82	2	plaisance	mots	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	mini	îlot
102	102f87	3	plaisance	organigr	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3	1	1	0	1	0	0	0	9	3	ouvert	large
103	103f83	3	montparn	organigr	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	1	1	0	1	0	0	1	11	4	ouvert	large
110	110f90	1	plaisance	plan	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1	mini	îlot
114	114f75	1	plaisance	plan	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1	mini	îlot
116	116f84	2	plaisance	plan	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	8	2	mini	îlot
118	118f80	1	plaisance	plan	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	9	3	utile+	îlot
121	121f81	3	md	plan	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	1	1	0	0	10	3	mini	large
123	123f78	2	pm	organigr	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	1	ouvert	arr
124	124f81	3	md	mots	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0	10	3	ouvert	large
126	126f85	1	pm	plan	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	1	utile-	îlot
128	128f86	2	montparn	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	10	3	utile+	large
134	134f	1	pm	plan	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	8	2	mini	arr
135	135f75	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	9	3	utile+	arr
137	137f75	1	md	dessin	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	1	mini+	arr
138	138h75	2	pm	plan	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7	2	mini+	large
139	139f77	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	11	4	utile+	quartier
141	141h81	2	md	plan	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	8	2	mini+	large
145	145f78	2	pm	plan	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	8	2	utile+	large
146	146f80	1	plaisance	plan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	3	utile+	quartier
147	147f75	1	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	10	3	utile+	large
148	148f75	2	plaisance	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	11	4	utile+	large
149	149f80	1	montparn	plan	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	7	2	utile-	large
150	150f75	3		organigr	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	9	3	ouvert	large
152	152f77	1	plaisance	dessin	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5	1	mini	îlot
153	153f81	3	pm	plan	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	12	4	utile+	large
154	154f77	2	montparn	plan	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	1	mini+	arr
155	155h79	1	montparn	plan	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	mini+	arr
156	156f84	3	montparn	organigr	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	3	1	0	1	1	0	0	0	12	4	ouvert	arr
157	157h78	2	pm	mots	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	mini	îlot

Annexe 9- Soutien de la DASES

DÉPARTEMENT DE PARIS

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE, DE L'ENFANCE ET DE LA SANTÉ
SOUS-DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

Bureau des actions en faveur des
Personnes Agées

N/Ref :

Affaire suivie par : Mr Jérémie SUISSA

Paris le, 06 JUIN 2008

Objet : **Etude menée par Mme Brigitte Nader-Hallier sur l'environnement urbain des personnes âgées dans le 14e arrondissement**

Madame,

Dans le cadre de votre projet doctoral à l'Université Paris XII, vous avez élaboré un questionnaire ayant pour thème « les territoires de vie des personnes âgées à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ? ».

Ces travaux intéressent la collectivité parisienne et c'est pourquoi mes services ont collaboré avec vous à la finalisation de ce questionnaire.

Le bureau des actions en direction des personnes âgées est prêt à discuter à nouveau avec vous des données recueillies, vous montrant ainsi tout l'intérêt que nous portons à votre travail.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mon entière considération.

Bernard GARRO
Le Sous-Directeur de l'Action Sociale

Madame Brigitte NADER
112, boulevard Exelmans
75016 Paris

Imprimé sur du papier recyclé 90 g - Label Ange Bleu - 210450 0032

DASES - 94/96, quai de la Râpée 75012 Paris
Tel : 01 43 47 72 06 - Fax : 01 43 47 76 62

paris info Le 3975 Paris.fr

Annexe 10 - courrier envoyé aux professionnels de santé

Paris, le 6 novembre 2008

Madame,

Dans le cadre d'une recherche universitaire , une enquête est actuellement menée dans le 14ème arrondissement auprès des 75 ans et plus , valides et autonomes. L'objectif est de mieux comprendre comment les aînés perçoivent l'espace urbain, quels sont leurs besoins au quotidien et comment ils s'intègrent ou non dans leur quartier . L'enquête est anonyme et se déroule en deux parties, la première est un questionnaire sur les déplacements et les besoins et la deuxième est la réalisation d'un dessin du quartier dans lequel vit la personne(la carte mentale permet de mieux comprendre comment la personne perçoit l'espace).

L'enquête se déroule actuellement dans les clubs , la Maison ouverte et les centres d'animation de la ville de Paris. Pour qu'un grand nombre de personnes puisse participer à l'enquête, je souhaiterai vous contacter pour savoir si vous désirez donner à vos patients concernés un questionnaire qu'ils me renverront ensuite par la poste(enveloppe timbrée fournie) ou bien qu'ils rempliront avec moi lors d'un rendez-vous soit à la Maison ouverte soit dans un lieu de leur choix.

Le choix de s'appuyer sur les professionnels de santé est important car cela nous permet de contacter des personnes qui n'ont pas forcément d'activités ou de liens sociaux en dehors de leur domicile et qui peuvent être plus isolées. Je vous laisse mes coordonnées téléphoniques et mon mail si vous souhaitez me contacter. Je passerai dans votre cabinet entre les 17 et 25 novembre pour vous donner, si vous le désirez, des questionnaires pour vos patients.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Brigitte Nader-Hallier

Géographe-Doctorante à Paris XII.

Recherche en cours : Les territoires de vie des personnes âgées de 75 ans et plus à Paris

Annexe 11- Bilan des entretiens avec les acteurs territoriaux 2006-2011

Territoires	Acteurs	Type d'acteur	Contact	Fonction	Dates des entretiens	Intervention B .Nader
Ville de Paris	Centre d'Action sociale de la ville de Paris(CASVP)	institutionnel	Arielle Ménildray	Directrice des loisirs au CASVP	Mai 2009	
	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES)		Jérémie Suissa	Coordinateur du schéma gérontologique au Bureau des personnes âgées BAPA	Contacts par mail en 2008-2009 Relecture du questionnaire en 2008	
	Mairie de Paris		Béatrice Longueville	Chef de cabinet de Liliane Capelle, élue aux séniors et l'intergénérationnel	Août 2009	
	Bureau des temps		Dylan Boutiflat	Chargé d'études	Entretien en septembre 2007	
14ème Arrondissement	Point Paris Emeraude (Centre de Liaison, d'Information et de Coordination, CLIC)	Association en lien avec la DASES	Sylvie Lanoë Caroline de Lenquesaing Comité des retraités du PPE	Coordinatrice du PPE Chargée d'études au PPE	Septembre 2009 ; février 2009 ; juillet 2009 Novembre 2008, janvier 2009	présentation des résultats de l'enquête au Comité des retraités en 2009 Conférence le 12 mai 2011

	Mairie du 14ème arrondissement	Institutionnel	Marianne Auffret Pascal Cherki	Elue aux séniors Maire d'arrondissement	Septembre 2008, mai 2009 ; juillet 2009	Conférence :Bilan des besoins exprimés par les 75 ans et plus 8 juin 2010 Intervention au CICA 29 juin 2011
	Atelier Santé-Ville	Association	Daphné Fontaine	Coordinatrice de l'ASV	Contacts nombreux depuis 2008	
	Maison Ouverte du 14ème	Association	Gisèle Bessac	Directriceet fondatrice de la Maison Ouverte	3 entretiens entre septembre 2008 et juillet 2009	Enquête
	Les petits frères des pauvres	Association	Cécile Lagravère	Coordinatrice 14ème	Octobre 2008	
	Cafés associatifs	Association	Marjorie Vuillod	Bénévole	Mars 2009	
14ème Arrondissement	Centre d'Action Sociale 14ème	institutionnel	Laurent Copel	Directeur du CAS	Décembre2008, février 2009	Enquête
Quartiers	Conseils de quartier	Assemblées d'habitants et d'acteurs locaux implantés dans le quartier		Présidents des différents conseils de quartier	Entretiens par mail ou par téléphone puis présentation dans chaque conseil de quartier de l'enquête en cours intitulée « Besoins et déplacements des	Présentation des résultats par quartier et pour l'arrondissement et débat réflexion sur les besoins exprimés et les propositions locales

					personnes âgées de plus de 75 ans »	
	Paroisse Saint Pierre de Montrouge	Confessionnel	Françoise Broche	Bénévole, coordinatrice du Club tricot	Janvier-février 2009	Enquête
	Praticiens de santé	Paramédical	15 praticiens	Podologues Kinésithérapeuthes Ostéopathes	Entre décembre2008 et mars 2009	
Quartier/Paris	RATP Service de la prospective	Institutionnel	Denis Sochon Catherine Espinasse	Chercheurs	Juillet 2009, octobre et novembre 2009	

Déplacements et besoins au quotidien dans l'arrondissement.

Enquête destinée aux personnes de 75 ans ou plus

Cette enquête se déroule dans le cadre de la recherche universitaire. Son objectif principal est de mieux comprendre les besoins au quotidien des personnes âgées de 75 ans et plus, afin d'améliorer la qualité de vie dans l'arrondissement. En répondant **vous conservez votre anonymat et toutes les réponses données sont confidentielles** et ne peuvent en aucun cas être divulguées.

Nous vous proposons de répondre aux questions soit en cochant les cases qui correspondent le mieux à vos réponses soit en écrivant sur les lignes votre réponse personnelle. Vous pouvez ajouter une feuille si vous n'avez pas assez de place.

Si vous désirez des précisions sur les questions ou bien si vous préférez que nous remplissions ensemble le questionnaire, contactez-moi au

06-11-81-68-03 ou bien par mail : brigitte.nader@free.fr

Merci pour votre collaboration.

Situation personnelle

Vous êtes : □une femme □ Un homme

Qui vous a donné le questionnaire ?

□ un ami /un voisin

□ un professionnel de santé(Podologue, kinésithérapeuthe,Ostéopathe…)

□ un membre du conseil de quartier

□ autre :

1. Depuis quand habitez-vous à votre adresse actuelle ?

Où habitiez-vous avant?

Pour quelles raisons avez-vous déménagé ? (si vous êtes dans votre nouveau domicile depuis moins de 5 ans)

Quel est le nom de la rue et le n° où vous habitez?

---

2. Habitez-vous dans :

□un immeuble □une maison □un foyer-logement, résidence service

□autre :

3. Etes vous :

□locataire (privé, HLM) □propriétaire □ logé à titre gratuit □autre

4. A quel étage habitez-vous ?

5. Avez-vous un ascenseur ?

□oui □non

6. Si l'ascenseur est en panne, sortez-vous malgré tout ?

□oui □non

En général, est-il réparé rapidement ? ----------

7. Avez-vous une gardienne dans votre immeuble ?

□Oui □Non

8. Vivez-vous seul(e) ?

□Oui □Non

9. Etes-vous :

□marié(e) □veuf /veuve □célibataire □autre

10. Avez-vous des enfants ?

□oui □non

Combien et quel âge ont-ils ?

11. Des petits enfants ? Des arrières petits-enfants ?

□oui □non

Combien et quels sont les âges ?

----------12. Vivent-ils près de chez vous ? Où ?

---

13. Y a-t-il d'autres membres de la famille qui habitent près de chez-vous et où?

---

14. Quelle est la personne qui vous aide le plus au quotidien ?

- Est-ce à titre :

□professionnel □ privé ?

-Quel type d'aide :

□visite/convivialité

□ aide à la vie quotidienne (courses, ménages…) ?

15. Avez-vous un animal de compagnie ? Si oui lequel ?

---

16. Avez-vous exercé une activité professionnelle ?

□oui □non

Laquelle ?----------

---

17. A quel niveau avez-vous arrêté les études ?

□Avant le certificat d'études

□Au certificat d'études

□Au-delà du certificat d'études. Lequel ? A quel niveau ?

A quel âge avez-vous arrêté l'école ?----------

18. Pensez-vous avoir des revenus satisfaisants ?

□Vous êtes à l'aise-vous et vous n'avez pas besoin de faire attention

□Vous êtes à l'aise mais vous faites attention

□Vous avez des difficultés

□Autres

□Sans opinion

Votre santé

19. Quel âge avez-vous ? Quelle votre date de naissance ?

---

20. Vous sentez-vous en vous bonne santé par rapport aux personnes de votre âge ?

□Excellente □Bonne □Assez Bonne

□Mauvaise □sans opinion

21. Avez-vous des problèmes de vue (même avec des verres correcteurs) ?

□oui □non

Si oui, ces problèmes de vue vous empêchent-ils de vous déplacer ?

----------**22. Avez-vous des problèmes d'ouïe ?**

□oui □non

-Avez-vous du mal à suivre une conversation à plusieurs ?

□oui □non □parfois

- Etes-vous appareillé ?

□oui □non

23. Avez-vous des problèmes pour marcher ?

□oui □non □autre réponse :

24. Sortez-vous seul(e) de votre domicile ?

□Oui □non □parfois

Si non ou parfois, qui vous accompagne ?

---

25. Si vous pouviez bénéficier d'un accompagnement (véhiculé ou pas), sortiriez-vous davantage ?

□oui □non □je ne sais pas

26. Avez-vous un problème de santé en ce moment qui vous empêche de sortir ?

□oui □non

si oui, lequel et depuis combien de temps ?

Connaissances des services à la personne, de l'offre de loisir.

27. Si demain

- vous avez besoin d'une personne à domicile pour vous aider pour le ménage, la cuisine ou les courses à qui vous adressez-vous ?

-Si vous désirez des renseignements sur les services et prestations offerts aux personnes âgées, à qui vous adressez-vous ?

---

28. La mairie fournit les services suivants, cochez les cases pour indiquer si vous connaissez ces services et si vous les utilisez :

Services	**Je connais**	**Je ne connais pas**	**Je l'utilise**	**Je ne l'utilise pas**
Cartes				
Cartes émeraude				
Carte améthyste				
Allocations				
Aide au paiement de factures				
Complément santé paris				
APA				
Allocation ville de PARIS				
les restaurants émeraude Si oui dans quel restaurant allez-vous ?				

Prestations à domicile	**Je connais**	**Je ne connais pas**	**Je l'utilise**	**Je ne l'utilise pas**
Téléalarme				
Port de repas				
Pédicurie				
Coiffure à domicile				
Diagnostic habitat				
Paris Accompagnement Mobilité si vous avez l'APA				
Le retrait d'argent sécurisé				
Loisirs/culture	**Je connais**	**Je ne connais pas**	**Je l'utilise**	**Je ne l'utilise pas**
Séjours de vacances				
Ateliers				
Croisière				
Thé dansant				
Boîte de chocolat en fin d'année				
Les places de spectacles				
Visite guidée dans les jardins				
Galas ,bals				
l'université permanente				

Les activités des clubs				
Activités des centres d'animation de la ville de Paris				

29. Comment ou par qui avez-vous connu l'existence de ces services ?

---

30. Avez-vous des activités de loisirs, des lieux de rencontres avec des amis ? Quelles sont ces activités, où se situent-elles et qu'y recherchez-vous ?

31. Si vous n'avez pas d'activité ou de lieu de rencontre en dehors de votre domicile ou de votre cercle familial, êtes-vous tenté de participer à une activité, de rencontrer des personnes en dehors de votre domicile ? si oui lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?

---

32. Estimez-vous que la Mairie communique de façon satisfaisante sur les aides et les loisirs pour les aînés ?

---

33. Savez-vous ce qu'est un Point Paris Emeraude(PPE) ?

□oui □non

Connaissez-vous celui de votre arrondissement ?

□oui □non

Si oui, comment l'avez-vous connu ?

A quoi sert-il ? ----------

---

34. Connaissez-vous la Maison ouverte du 14ème arrondissement ?

□oui **□non**

Si oui, quand , comment et par qui l'avez-vous connu ?

Y allez-vous régulièrement et quelles sont les activités auxquelles vous participez ?

35. Avez-vous entendu parlé du guichet « Tout sous un même toit » dédiée à l'information et l'orientation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

□oui □non

Si oui, comment et par qui ? Vous y êtes vous déjà déplacé et pour quelles raisons ?

Se déplacer dans un territoire

36. Sortez-vous de chez vous tous les jours ?

□oui □non □Pas en ce moment

Si oui

□Plusieurs fois par jours □Une fois par jour

Si non

□Plusieurs fois par semaine □ une fois par semaine

37. La météo peut-elle influencer vos sorties quotidiennes ?

---

38. A quel moment de la journée faites vous vos courses ?

□matin avant 10h □après midi entre 15 et 17h

□matin entre 10h et 12h □après 17h □ peu importe

39. Prenez-vous les transports en commun seul(e) ?

□oui □non □parfois

Si oui lesquels et quand les avez-vous pris la dernière fois ?

40. Quelles sont les difficultés ou les appréhensions rencontrées dans les différents moyens de transports ?

Cela vous empêche-t-il de les prendre ou modifie-t-il votre itinéraire ?

---

41. Si quelqu'un vous accompagnait, prendriez-vous plus souvent les transports en commun ?

---

42. Prenez-vous des taxis ?

□ Souvent □irrégulièrement □ rarement □ jamais

Si vous les utilisez, où allez-vous ?

Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas de Taxis ?

---

43. Nous allons étudier vos déplacements dans le quartier ou bien dehors du quartier pour mieux comprendre quels sont vos besoins quotidiens.

Ecrivez le nom et l'adresse la plus exacte possible des commerces, des services ou des lieux suivants ainsi que le moyen de transport utilisé pour vous y rendre.

Types de services : alimentation	adresse	Moyen de transport
Supermarché, grande surface		
Epicerie de quartier		
Marché		
Boulanger		
Boucher		
Librairie/Marchand de journaux		
Picard ou autre magasin de surgelés		

Magasin de bricolage/Droguerie		
Cordonnerie		
Lieux publics spécifiques	adresse	Moyen
Magasins de vêtements, cadeaux.		
Grands magasins, fnac, Printemps, darty…		
Mercerie		
Coiffeur		
Laverie		
Opticien/lunettes		
Tabac/PMU		
Lieu de culte		
Cimetière		
Autre		
Administrations	adresse	Moyen
Poste		
Banque		
Sécurité sociale		
Mairie		
Impôts		

Mutuelle		
Loisirs, culture…	adresse	Moyen
Restaurant		
Bibliothèque		
Cinéma		
Musées		
Théâtre/Spectacle		
Parc ou square		
Autres lieux de promenade		
Activités dans un club, dans une assaciation…		
Loisirs ou activités		
Visites chez des amis : lieux où vous vous rendez		
Visites dans la famille : lieux où vous vous rendez		
Vacances : lieu d'une maison familiale, résidence secondaire, organismes…		

44. Est-ce facile l'été ou pendant les vacances scolaires de faire vos courses (lesquelles) ?

Etes-vous obligé d'aller plus loin ? Où allez-vous ?

45. Vous faites-vous livrer vos courses ?

□Oui régulièrement □Oui de temps en temps □Rarement □Jamais

pourquoi ?

---

46. Y a-t-il des services qui n'existent pas près de chez vous actuellement dont vous auriez besoin régulièrement ? lesquels ?

---

47. Nous allons maintenant évoquer vos déplacements concernant votre santé. Indiquez le nom et l'adresse des professionnels que vous consultez (dans ou en dehors de votre quartier) :

	Adresse et nom du professionnel	Moyen de transport
Pharmacie		
Médecin généraliste		
Dentiste		
Podologue/pédicure		
Kinésithérapeute		
Ostéopathe		

Cabinet de radiologie		
Laboratoires d'analyses		
Infirmier		
Ophtalmologue		
Gynécologue		
ORL		
Cardiologue		
Rhumatologue		
Clinique/Hôpital/dispensaire		
Dispensaire / centre de santé		
Autre		

48. Estimez-vous qu'il manque des professionnels de santé dans votre quartier ?

----

49. Si vous ne pouvez pas vous déplacer, rencontrez-vous des difficultés à ce que les professionnels viennent à votre domicile ?----------

----

Votre quartier

50. Vous sentez-vous en sécurité dans votre quartier ?

Pourquoi ?

---

51. Y a-t-il eu des travaux dernièrement dans votre quartier ? (5 ans au maximum)

si oui lesquels ?

Ont-ils changé vos habitudes de déplacement ?

□oui □non □sans opinion

Pendant combien de temps?---

Ont-ils amélioré le cadre de vie ?

---

52. Etes-vous attaché(e) à votre quartier et pourquoi ?

---

53. Que n'aimez-vous pas dans votre quartier ? Y a-t-il des lieux, des ambiances qui vous déplaisent et pourquoi ?

---

54. Si vous deviez changer de quartier (en théorie même si vous n'avez pas envie de la faire), où iriez-vous et pourquoi ?

---

55. Quelles propositions pourriez-vous faire pour améliorer la vie quotidienne des aînés (et donc de tous les habitants) dans votre rue, votre quartier, votre arrondissement, dans Paris ?

---

56. Dessinez le quartier dans lequel vous vivez.

Vous n'avez pas besoin de savoir dessiner, l'important est de représenter l'espace dans lequel vous vous déplacez au quotidien et d'indiquer les noms des lieux représentés. Vous pouvez y ajouter des commentaires personnels. Le sens de la feuille n'a pas d'importance. Le dessin peut-être en noir et blanc ou en couleur.

Annexe 13 - grille AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR

Cerfa N° 11510*01

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

les Reculettes
des Reculettes
45 87 16 76
47, 57, 67, 83
ce d'Italie
matin et après-midi
/ Conversation en Anglais /
/ Peinture sur soie / Ping-
Poésie / Poterie / Projections
s / Théâtre / Activités inter-
ionnelles

les 4 Saisons
lacière)
de la Glacière
45 80 05 71
cière
l'après-midi

Massena
e de Vénétie
45 83 70 33

te de Choisy
l'après-midi
Mandalas / Sport cérébral

Tolbiac
e de Tolbiac
45 89 13 60
, 62
biac
l'après-midi
Poésie

Club Arago
49, boulevard Arago
Tél. 01 47 07 18 33
Bus 83 / Mº Gobelins
Ouvert l'après-midi
Atelier décoration / Bridge / Dessin / Peinture sur soie / Projections de films

(14e)

Club Delbet
7/9, rue Furtado-Heine
Tél. 01 45 42 30 64
Bus 58, 62 / Mº Alésia, Plaisance
Ouvert l'après-midi
Carton mousse / Dessin / Mosaïque / Poterie / Sport cérébral / Tricot

Club Didot
12, avenue Georges Lafenestre
Tél. 01 45 39 93 51
Bus 58, PC
Mº Porte de Vanves
Ouvert matin et après-midi
Bougies / Broderie / Conversation en Anglais / Cours de danse / Dessin / Gymnastique / Patchwork / Peinture / Peinture sur soie / Peinture sur tissus / Stages d'Anglais / Activités intergénérationnelles

Club La Sablière
9, rue des Plantes
Tél. 01 45 40 40 85
Bus 63, 38 / Mº Alésia
Ouvert l'après-midi
Bridge

Club Plaisance
10, rue Ridder
Tél. 01 45 43 73 01
Bus 62 / Mº Plaisance
Ouvert matin et après-midi
Animation santé mémoire / Atelier d'initiation à Internet / Billard / Chorale / Dessin / Gymnastique / Patchwork / Peinture / Peinture sur bois / Peinture sur soie / Peinture sur tissus / Peinture sur verre / Sport cérébral

(15e)

Club Oscar Roty
107, rue de Lourmel
Tél. 01 45 54 04 80
Bus 62, 88 / Mº Boucicaut
Ouvert l'après-midi
Chorale / Gymnastique / Karaoké / Projections de films / Activités intergénérationnelles

Club Qui
18, rue Ba
Tél. 01 53
Bus 89, 70
Mº Volont
Ouvert ma
Chorale / G
tergénérati

Club Pér
115, boule
Tél. 01 45
Bus 89, PC
Ouvert l'a
Jeux de soc

Club Des
16, rue du
Tél. 01 45
Bus 70, 80
Ouvert ma
Atelier d'ini
Gravure sur
service Inter
sur soie / Sta

Annexe 15 - programme activités Maison Ouverte

ndrier

06

14
Pavillon René Lariche

aison ouverte

Mai

Lundi 1er	Férié	
Mercredi 3	Ouverture de l'exposition Cours de re-création Festi	
Mercredi 3	15h30/16h45	Atelier | Ikebana
Jeudi 4 mai	14h15/16h15	Atelier | Apprivoiser la peur de la mo
Vendredi 5	12h30/14h30	Rencontres | Autour des saveurs d'ici
Vendredi 5	15h00/17h00	Rencontres | D'échanges de savoirs
Lundi 8	Férié	
Mercredi 10	15h00/17/00	Atelier | Le papier dans tous ses état
Jeudi 11	14h30/16h00	Atelier | Relaxation
Mercredi 17	14h15/16h15	Atelier | Dessin Peinture – Groupe 1
Jeudi 18	14h15/16h15	Conférence | Regarder derrière la toile ou la destruction du cent
Vendredi 19 mai	15h00/17h00	Un moment libre entre nous
Vendredi 19 mai	10h00/11/30	Discussion thématique | Vivre pleinement
Samedi 20	18h00	Evènement | A la découverte de la Har Frédérique Cambreling de l'Ensei
Lundi 22	10h30/12h00	Une psychothérapeute à l'écoute
Lundi 22	14h30/16h30	Stage | Informatique Stage (1)
Mercredi 24	14h15/16h15	Atelier | Dessin Peinture – Groupe 2
Jeudi 25	Férié	
Vendredi 26	14h30/16h30	Stage | Informatique Stage (1)

Juin

Jeudi 1er	14h15/16h15	Conférence | Regarder derrière la toile Raphaël et Saint Thomas
Vendredi 2	12h30/14h30	Rencontres | Autour des saveurs d'ici
Vendredi 2	15h00/17h00	Rencontres | D'échanges de savoirs
Vendredi 2	Clôture de l'exposition Cours de re-création - Festiv	
Lundi 5	Férié	
Mercredi 7	15h00/17/00	Atelier | Le papier dans tous ses état
Jeudi 8	14h30/16h00	Atelier | Relaxation
Vendredi 9	14h30/16h30	Stage | Informatique Stage (2)
Vendredi 9	10h30/14h00	Atelier | Nutrition Manger mieux pou
Vendredi 9	15h00/17h00	Atelier | Goûter
Samedi 10	16h00	Evènement | Ebène bleu, orchestre de
Lundi 12	10h30/12h00	Une psychothérapeute à l'écoute
Lundi 12	14h30/16h30	Stage | Informatique Stage (2)
Mercredi 14	15h00/16h00	Contes | L'Orient

h00/17/00	Atelier	Le papier dans tous ses états
h15/16h15	Conférence	Regarder derrière la toile Le Cinquecento
h30/14h30	Rencontres	Autour des saveurs d'ici et d'ailleurs
h00/17h00	Rencontres	D'échanges de savoirs
h30	Evènement	Rencontre avec Jean-Louis Dhermy, électroacousticien
h00/17h00	Atelier	Le laboratoire
h30/16h00	Atelier	Relaxation
h30/14h00	Atelier	Nutrition Manger mieux pour vivre mieux
h00/17h00	Atelier	Goûter
au vendredi 21 inclus		
h30/16h00	Atelier	Relaxation
h15/16h15	Conférence	Regarder derrière la toile La beauté féminine dans l'Italie du XVIe siècle
h00/11h30	Discussion thématique	Vivre pleinement sa vie à tout âge
h00/17h00		Un moment libre entre nous

Annexe 16 - les auto-école solidaires, une piste pour les transports à la demande

Source : Conseil général du Gers

Création d'une auto-école solidaire au sein de la maison de la mobilité du Gers

Afin de répondre aux problèmes de mobilité des Gersois les plus démunis, le Conseil Général a impulsé, il y a plus de 3 ans, un travail de réflexion partenariale qui a abouti à la création de la Maison de la Mobilité du Gers (MMG 32).
Ce projet a été inscrit et validé dans le cadre du Programme Départemental d'Insertion et celui de l'Agenda 21 départemental en parallèle de la création d'un site de covoiturage (juin 2010) www.covoiturage-gers.fr.
La maison de la mobilité a été ouverte à Auch en octobre 2010 et la première antenne à Nogaro en avril 2011.
Suivant l'évaluation fin 2011 du dispositif, une réflexion d'élargissement au territoire pourra être menée.

La mobilité, corollaire de l'insertion en secteur rural

Il s'agit, par l'intermédiaire d'une structure partenariale organisée, d'accueillir et d'accompagner les publics gersois les plus démunis pour trouver une réponse à leurs problèmes de mobilité dans un contexte de ruralité et dans une perspective d'accès ou de retour à l'emploi et plus largement à l'autonomie. La maison de la Mobilité du Gers permet de fédérer les solutions de mobilité existantes et de les compléter en développant des actions innovantes.
La Maison de la Mobilité du Gers a pour objectifs de :
- réduire les inégalités d'accès à l'emploi et lutter contre l'exclusion en améliorant la mobilité des personnes en insertion sociale et professionnelle
- mettre en place, pour le plus grand nombre, une démarche vers une mobilité autonome et durable
- développer les changements dans les habitudes de déplacements, en favorisant l'utilisation et la mutualisation des offres de transports individuels, collectifs, alternatifs…

« **Maison de la Mobilité du Gers 32** » 05 62 06 64 43
95 boulevard Sadi Carnot, 32000 AUCH

Auto-école solidaire 05 62 08 20 04
Pépinière d'entreprises du Nogaropôle, 32110 Caupenne d'Armagnac

UTAS de Nogaro
Marie-Paule Séaume 05 62 08 87 04 / Isabelle Pujau 05 62 08 87 08

(MàJ août 2011 – Dossier suivi par la DGAS/DAST

Annexe 17– Invitation de la mairie aux résultats de l'enquête

MAIRIE DE PARIS 14e
Mairie du 14e arrondissement

Réf : PC/MA/JFF/0H/001

Paris, le 18 mai 2010

Madame, Monsieur,

L'équipe municipale vous convie au bilan de l'enquête "Déplacements et besoins des personnes âgées de 75 ans et plus dans le 14ème arrondissement de Paris" réalisée en 2008-2009 par Madame Brigitte Nader, géographe doctorante (Université Paris-Est Créteil). Cette présentation aura lieu mardi 8 juin de 18h à 21h en salle des mariages de la Mairie du 14ème arrondissement.

Toutes les personnes ayant répondu à l'enquête ou ayant contribué à la diffuser (professionnels, membres des conseils de quartier, habitants du 14ème) sont cordialement invitées. N'hésitez pas à transmettre cette invitation si vous avez en avez été le relais.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Marianne AUFFRET
Adjointe au Maire
Chargée de la santé, des seniors,
des liens intergénérationnels et des
personnes en situation de handicap

Pascal CHERKI
Maire du 14ème arrondissement

Imprimé sur du papier recyclé 90 g - Label Ange Bleu - MP00031

Toute l'info sur la ville !
paris info Le 3975 Paris.fr
*Coût d'un appel local à partir d'un poste fixe sauf tarif propre à votre opérateur

2 place Ferdinand Brunot 75675 Paris cedex 14 - Tél. : 01 53 90 67 14 - Fax : 01 53 90 67 58

Résumé de la thèse

Les territoires de vie des 75 ans et plus. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ?

Le vieillissement de la population et la gérontocroissance sont ancrés sur le territoire national. A Paris, le vieillissement démographique est moins prononcé, mais il s'accompagne d'une augmentation régulière des 85 ans et plus. Cette évolution démographique fait apparaître d'une part l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et de l'autre, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes avec des enjeux politiques, économiques, sociaux, sanitaires et sociétaux. Le vieillissement en bonne santé est au coeur des politiques publiques pour prévenir la perte d'autonomie. Avec l'avancée en âge, le maintien de la mobilité et des sociabilités est essentiel pour conserver son autonomie et son appropriation du territoire de vie. Les trois quarts des 75 ans et plus sont valides, autonomes, et font le choix de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Ce constat est essentiel pour mener à bien une politique territoriale du « bien vieillir » et assurer à tous une qualité de vie. L'étude menée dans le 14ème arrondissement à Paris met en relation les pratiques spatiales des 75 ans et plus , leur perception de l'espace et leur représentation du territoire sous la forme de cartes mentales. Elle souligne les disparités socio-spatiales entre les aînés, l'accentuation des besoins lors du rétrécissement de l'espace au grand âge et les dysfonctionnements territoriaux contribuant à l'isolement socio-spatial des personnes âgées. Ce diagnostic à échelle locale identifie des besoins dont les réponses concernent l'ensemble des acteurs du vieillissement du quartier, de l'arrondissement, de la ville et de l'Etat.

Mots clefs : *territoire de vie, appropriation territoriale, pratiques spatiales, bien vieillir, cartes mentales, gérontocroissance*

The habitat of the over 75s in Paris. What kind of urban environment is best suited to achieve an ongoing quality of life?

Population ageing and the "pensioner boom" are well established all over France. In Paris, population ageing may not be as pronounced as elsewhere but the number of elderly citizens over 85 has been rising steadily. This development means, on the one hand, an improved expectancy of a healthy old age, but on the other, an increase in the number of elderly dependent people and a whole range of consequences including political, economic, social, societal and health issues.

Healthy ageing is at the heart of government policies designed to prevent age-related loss of autonomy. As people grow older, preserving their mobility and social connections is crucial if they are to remain independent and retain control over their surroundings.

Three quarters of the over 75s are able-bodied and independent and choose to stay at home for as long as they can. This should be borne in mind in seeking to develop a territorial [/ social-spatial] approach to "ageing well" and providing quality of life in old age for all.

Our survey carried out in the fourteenth *arrondissement* of Paris establishes a connection between the spacial habits in senior citizens over 75, their perception of space and the way they picture their surroundings in the form of mental maps. The survey underlines the extent of socio-spatial disparities between elderly citizens, their growing personal needs as space shrinks in old age and the malfunctioning of the local agencies [/breakdown of communities], all of which contribute to the socio-spatial isolation of the elderly. This local-level analysis identifies the issues surrounding the ageing population which any key player whether operating locally or nationally needs to address.

Keywords : *habitat, spatial habits, healthy ageing, quality of life, mental maps, pensioner boom, population ageing.*

UNIVERSITÉ PARIS-EST

ÉCOLE DOCTORALE
« VILLE, TRANSPORTS ET TERRITOIRES »

THÈSE DE DOCTORAT

GÉOGRAPHIE

LES TERRITOIRES DE VIE DES 75 ANS ET PLUS. QUEL ENVIRONNEMENT URBAIN POUR UNE QUALITÉ DE VIE DURABLE ?

TOME II – CARTOGRAPHIE DES TERRITOIRES DE VIE

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2011, à Créteil,
par Brigitte HALLIER-NADER

COMPOSITION DU JURY :

M. Jacques BONNET, Professeur Université Jean Moulin, Lyon 3(Rapporteur)
M. Thierry CONSTANS, Professeur Université, Médecine Interne Gériatrie, CHU de Tours (Rapporteur)
Mme Férial DROSSO, Professeur Institut d'Urbanisme de Paris, Université Paris-Est
M. Dominique ARGOUD, Maître de Conférences, Université Paris-Est
Mme Lucette BARTHELEMY, Chargée de mission, INPES
Mme Jeanne-Marie AMAT-ROZE, Professeur Université Paris-Est, Directeur de Thèse

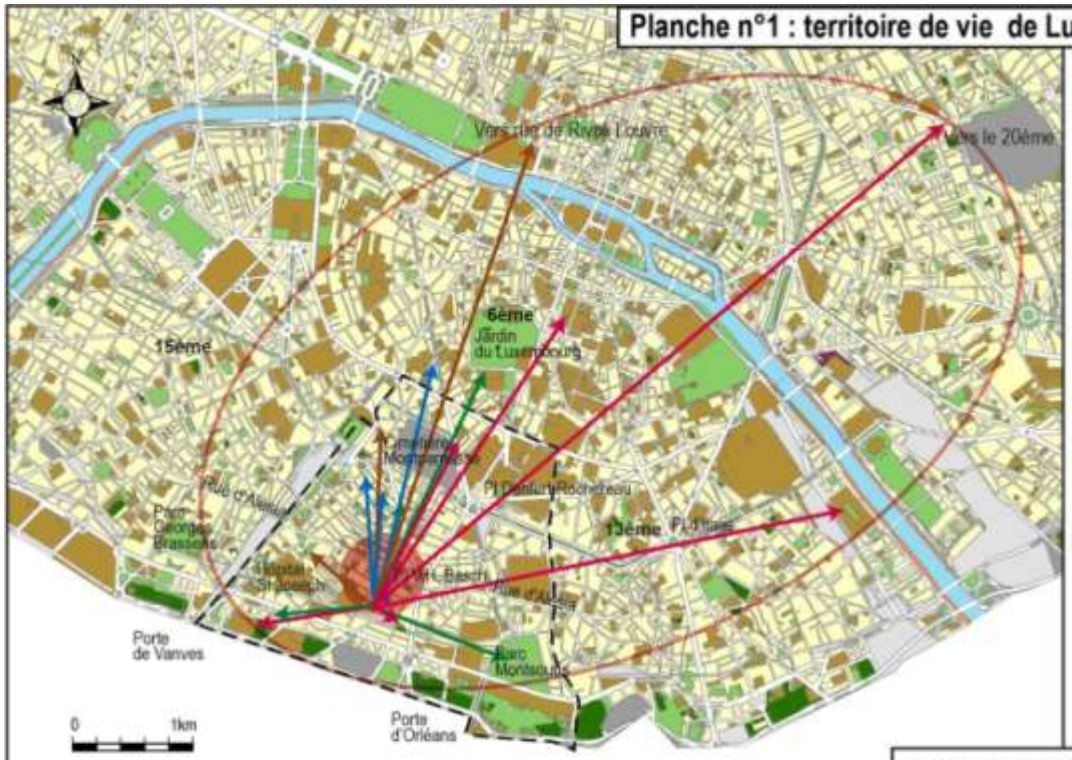
Planche	Statut	Statut marital	Niveau d'études	SCORE					Territoire de vie	Indice d'approriation territoriale
				Socio-économique	Perception santé	Liens sociaux	Perception du territoire	Mobilité		
1	Locataire	Veuf/veuve	post bac	bon	moyen	bon	bon	très bon	territoire arrondissement	Solide
2	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	très bon	très bon	bon	très bon	territoire large	Solide
3	Locataire	Veuf/veuve	bac	bon	bon	bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
4	Propriétaire	Célibataire	post bac	bon	très bon	moyen	très bon	bon	territoire arrondissement	Assez-bonne
5	Locataire	Célibataire	bac	bon	bon	moyen	très bon	bon	territoire du quartier	Assez-bonne
6	Locataire	Veuf/veuve	Au certificat d'études	moyen	très bon	moyen	très bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
7	Locataire	Veuf/veuve	brevet	moyen	moyen	bon	bon	bon	territoire large	Assez-bonne
8	Locataire	Marié(e)	brevet	moyen	bon	très bon	très bon	très bon	territoire large	Bonne
9	Propriétaire	Veuf/veuve	post bac	très bon	très bon	bon	bon	très bon	territoire large	Solide
10	Propriétaire	Autre	bac	bon	faible	faible	bon	très bon	territoire large	Fragile
11	Propriétaire	Autre	post bac	très bon	bon	bon	bon	très bon	territoire large	Solide
12	Locataire	Autre	brevet	moyen	très bon	bon	bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
13	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	bon	très bon	bon	moyen	territoire du quartier	Bonne
14	Propriétaire	Veuf/veuve	Avant le certificat d'études	moyen	très bon	bon	bon	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
15	Propriétaire	Autre	post bac	très bon	très bon	très bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
16	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	très bon	très bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
17	Locataire	Autre	Avant le certificat d'études	faible	bon	bon	bon	très bon	territoire large	Bonne
18	Locataire	Veuf/veuve	bac	bon	très bon	bon	bon	bon	territoire arrondissement	Bonne
19	Locataire	Veuf/veuve	bac	bon	très bon	moyen	très bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
20	Locataire	Célibataire	post bac	bon	moyen	faible	faible	moyen	territoire de l'îlot	Fragile
21	Propriétaire	Veuf/veuve	brevet	moyen	bon	moyen	très bon	bon	territoire arrondissement	Assez-bonne
22	Locataire	Célibataire	Avant le certificat d'études	faible	faible	moyen	faible	moyen	territoire de l'îlot	Fragile
23	Locataire	Autre	Au certificat d'études	faible	bon	bon	moyen	bon	territoire du quartier	Fragile

24	Locataire	Veuf/veuve	brevet	moyen	bon	bon	très bon	moyen	territoire de l'îlot	Bonne
25	Logé à titre gratuit	Veuf/veuve	Avant le certificat d'études	faible	moyen	bon	faible	bon	territoire arrondissement	Fragile
26	Locataire	Marié(e)	brevet	moyen	très bon	très bon	bon	bon	territoire du quartier	Bonne
27	Locataire	Veuf/veuve	brevet	moyen	très bon	bon	très bon	bon	territoire arrondissement	Bonne
28	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	bon	moyen	bon	très bon	territoire large	Solide
29	Propriétaire	Célibataire	post bac	très bon	très bon	faible	bon	bon	territoire arrondissement	Assez-bonne
30	Propriétaire	Célibataire	post bac	bon	faible	moyen	moyen	très bon	territoire large	Fragile
31	Propriétaire	Marié(e)	Au certificat d'études	moyen	bon	très bon	bon	très bon	territoire large	Bonne
32	Locataire	Marié(e)	Avant le certificat d'études	faible	très bon	très bon	bon	très bon	territoire arrondissement	Bonne
33	Propriétaire	Veuf/veuve	bac	bon	bon	bon	bon	très bon	territoire large	Solide
34	Propriétaire	Veuf/veuve	post bac	bon	faible	moyen	faible	bon	territoire du quartier	Fragile
35	Locataire	Veuf/veuve	brevet	moyen	moyen	très bon	très bon	moyen	territoire large	Assez-bonne
36	Locataire	Veuf/veuve	bac	bon	moyen	bon	bon	bon	territoire arrondissement	Assez-bonne
37	Locataire	Célibataire	brevet	moyen	très bon	moyen	moyen	très bon	territoire large	Assez-bonne
38	Locataire	Veuf/veuve	brevet	moyen	bon	bon	moyen	moyen	territoire du quartier	Assez-bonne
39	Propriétaire	Célibataire	bac	bon	très bon	bon	très bon	bon	territoire du quartier	Bonne
40	Propriétaire	Veuf/veuve	Au certificat d'études	moyen	très bon	bon	moyen	très bon	territoire large	Bonne
41	Locataire	Marié(e)	brevet	moyen	bon	bon	bon	bon	territoire arrondissement	Bonne
42	Locataire	Autre	brevet	moyen	moyen	très bon	très bon	bon	territoire large	Bonne
43	Propriétaire	Célibataire	brevet	bon	très bon	moyen	moyen	très bon	territoire large	Assez-bonne
44	Propriétaire	Célibataire	Au certificat d'études	faible	bon	faible	moyen	bon	territoire du quartier	Assez-bonne
45	Propriétaire	Veuf/veuve	post bac	très bon	bon	bon	bon	très bon	territoire large	Solide
46	Propriétaire	Célibataire	post bac	très bon	bon	moyen	très bon	très bon	territoire large	Solide
47	Propriétaire	Marié(e)	brevet	bon	bon	très bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
48	Propriétaire	Célibataire	post bac	très bon	moyen	moyen	bon	très bon	territoire large	Solide
49	Logé à titre gratuit	Veuf/veuve	post bac	bon	très bon	bon	moyen	très bon	territoire large	Assez-bonne
50	Propriétaire	Veuf/veuve	brevet	faible	moyen	bon	faible	bon	territoire arrondissement	Solide
51	Locataire	Célibataire	brevet	moyen	bon	moyen	bon	très bon	territoire large	Assez-bonne

52	Propriétaire	Marié(e)	brevet	bon	très bon	très bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
53	Propriétaire	Veuf/veuve	post bac	très bon	moyen	bon	très bon	bon	territoire large	Bonne
54	Locataire	Veuf/veuve	Au certificat d'études	faible	moyen	bon	moyen	très bon	territoire large	Fragile
55	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	moyen	très bon	bon	très bon	territoire large	Solide
56	Locataire	Veuf/veuve	post bac	bon	moyen	moyen	bon	moyen	territoire du quartier	Assez-bonne
57	Locataire	Autre	bac	bon	très bon	moyen	faible	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
58	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	très bon	bon	bon	très bon	territoire large	Solide
59	Locataire	Marié(e)	Avant le certificat d'études	faible	bon	moyen	moyen	très bon	territoire large	Bonne
60	Propriétaire	Célibataire	post bac	bon	très bon	faible	bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
62	Locataire	Veuf/veuve	post bac	bon	bon	faible	bon	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
63	Propriétaire	Autre	post bac	très bon	bon	bon	moyen	très bon	territoire large	Solide
64	Locataire	Veuf/veuve	bac	bon	bon	moyen	très bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
65	Locataire	Célibataire	Au certificat d'études	faible	très bon	moyen	moyen	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
66	Propriétaire	Célibataire	post bac	très bon	très bon	moyen	bon	très bon	territoire large	Solide
67	Locataire	Autre	Au certificat d'études	faible	bon	moyen	bon	moyen	territoire de l'îlot	Fragile
68	Propriétaire	Veuf/veuve	post bac	très bon	bon	très bon	bon	très bon	territoire large	Solide
69	Propriétaire	Célibataire	bac	bon	très bon	moyen	bon	bon	territoire large	Assez-bonne
70	Locataire	Célibataire	brevet	moyen	bon	moyen	très bon	très bon	territoire arrondissement	Bonne
71	Propriétaire	Veuf/veuve	bac	très bon	très bon	bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
72	Locataire	Célibataire	brevet	faible	très bon	moyen	bon	bon	territoire arrondissement	Bonne
73	Locataire	Autre	post bac	bon	moyen	moyen	moyen	très bon	territoire large	Fragile
74	Locataire	Veuf/veuve	Au certificat d'études	faible	moyen	bon	moyen	bon	territoire large	Fragile
75	Locataire	Célibataire	brevet	moyen	bon	moyen	moyen	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
76	Locataire	Célibataire	brevet	moyen	bon	moyen	bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
77	Locataire	Célibataire	Au certificat d'études	faible	très bon	moyen	faible	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
78	Locataire	Veuf/veuve	bac	moyen	bon	moyen	faible	moyen	territoire de l'îlot	Assez-bonne
79	Locataire	Autre	brevet	moyen	bon	bon	moyen	moyen	territoire de l'îlot	Fragile
80	Propriétaire	Veuf/veuve	post bac	bon	bon	bon	très bon	très bon	territoire large	Solide

81	Propriétaire	Veuf/veuve	brevet	bon	faible	moyen	bon	bon	territoire arrondissement	Fragile
82	Locataire	Autre	brevet	moyen	très bon	moyen	très bon	très bon	territoire large	Assez-bonne
83	Propriétaire	Célibataire	brevet	bon	moyen	moyen	très bon	faible	territoire de l'îlot	Assez-bonne
84	Locataire	Célibataire	post bac	bon	faible	moyen	faible	bon	territoire arrondissement	Fragile
85	Logé à titre gratuit	Marié(e)	post bac	bon	très bon	très bon	bon	très bon	territoire large	Solide
86	Locataire	Marié(e)	post bac	très bon	bon	très bon	moyen	très bon	territoire large	Solide
87	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	moyen	très bon	bon		territoire large	Solide
88	Propriétaire	Autre	post bac	très bon	très bon	bon	bon	très bon	territoire large	Solide
89	Propriétaire	Marié(e)	post bac	très bon	bon	bon	très bon	très bon	territoire large	Solide
90	Propriétaire	Marié(e)	brevet	bon	très bon	très bon	bon	très bon	territoire arrondissement	Solide
91	Locataire	Veuf/veuve	Au certificat d'études	faible	très bon	bon	très bon	très bon	territoire large	Bonne
92	Propriétaire	Célibataire	brevet	bon	bon	moyen	très bon	bon	territoire large	Assez-bonne
93	Propriétaire	Autre	Au certificat d'études	moyen	très bon	bon	bon	très bon	territoire large	Bonne
93	Propriétaire	Veuf/veuve	brevet	moyen	très bon	bon	très bon	très bon	territoire arrondissement	Assez-bonne
94	Locataire	Marié(e)	post bac	bon	moyen	bon	très bon	bon	territoire arrondissement	Bonne

Planche n°1 : territoire de vie de Lucie, 78 ans



Carte mentale de Lucie, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

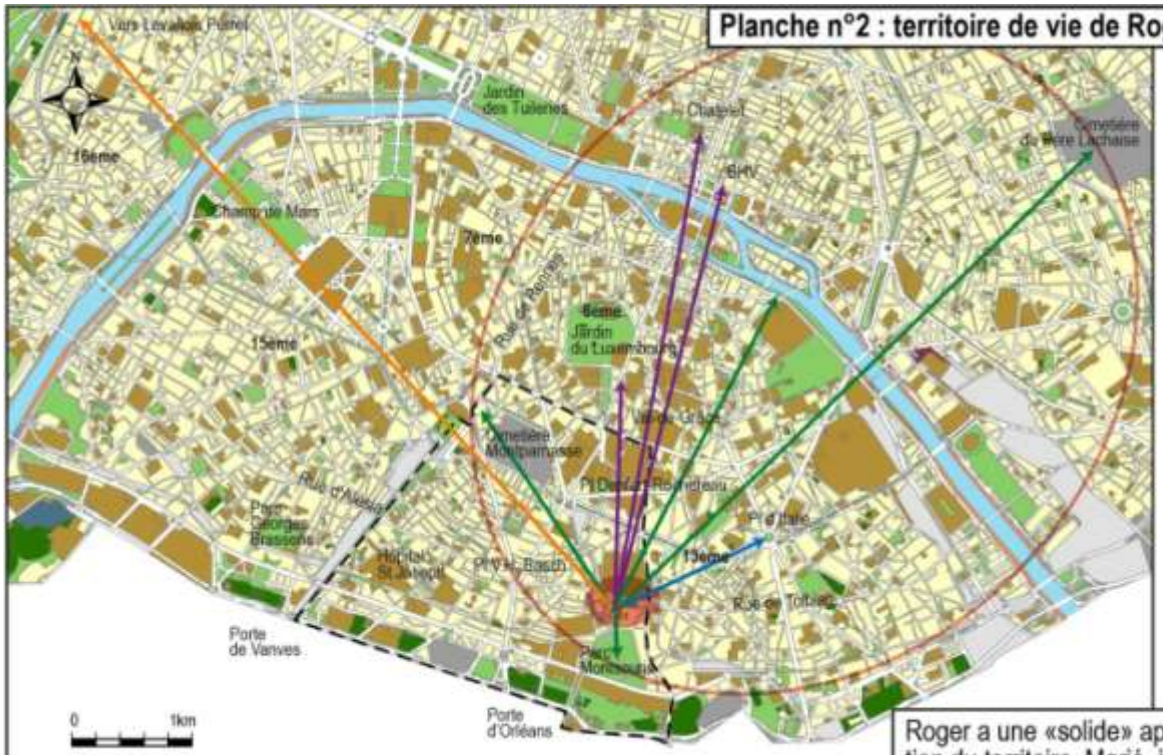
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied
- Limite du territoire de vie de Lucie à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

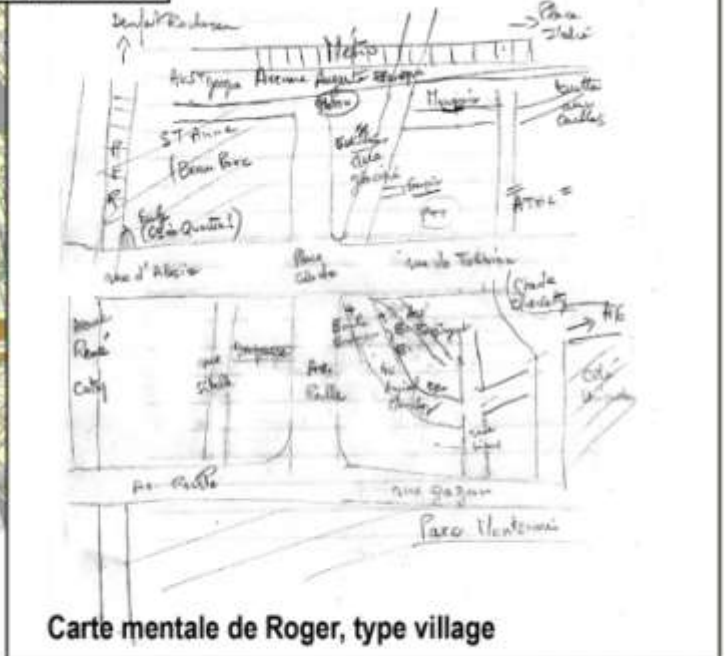
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Lucie a une «solide» appropriation territoriale. Son territoire de vie est emblématique de sa participation sociale. Du cours de Yoga aux conférences universitaires, Lucie parcoure tout Paris malgré des difficultés pour marcher. Sa carte mentale est précise, c'est un véritable plan du 14ème.
(Entretien)

Rue Didot ©B.Nader 2008

Planche n°2 : territoire de vie de Roger, 77 ans





Carte mentale de Roger, type village

Roger a une «solide» appropriation du territoire. Marié, il vit dans le quartier depuis 28 ans. Très investi en tant que citoyen, il participe activement à un parti politique, au conseil de quartier et est membre d'un conseil syndical. Son territoire de vie est large, ses déplacements nombreux. Il aime se promener dans Paris. Sa carte mentale est très détaillée et représente un véritable village. Ce conducteur prend néanmoins les transports en commun pour se rendre dans Paris.
(Correspondance)

Aménagements urbains

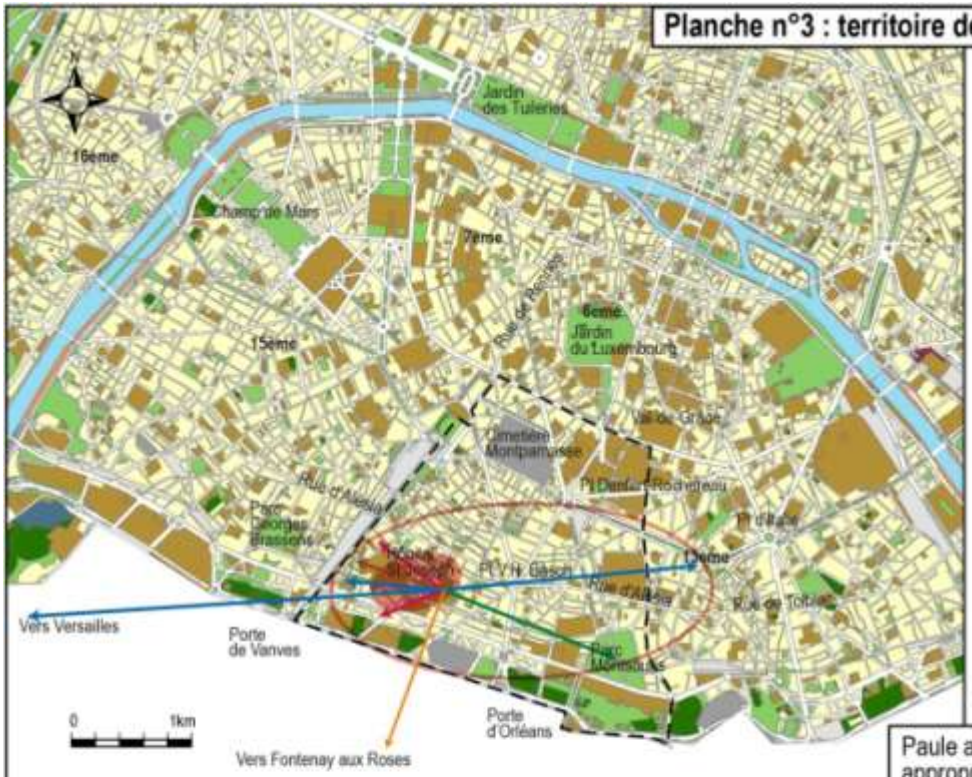
- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

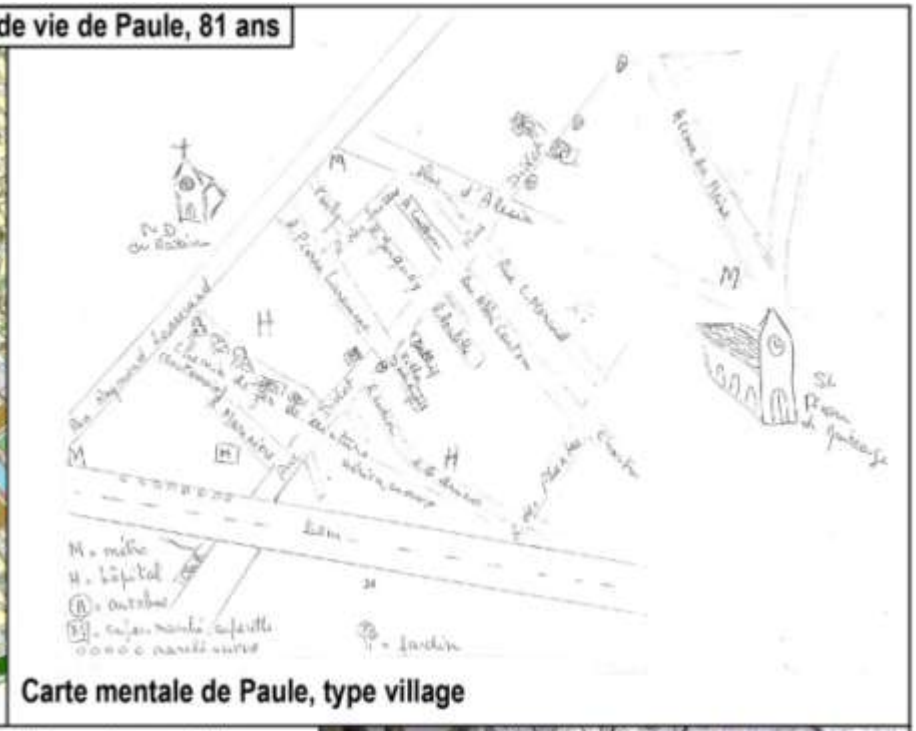
Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Roger, à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Planche n°3 : territoire de vie de Paule, 81 ans





Carte mentale de Paule, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

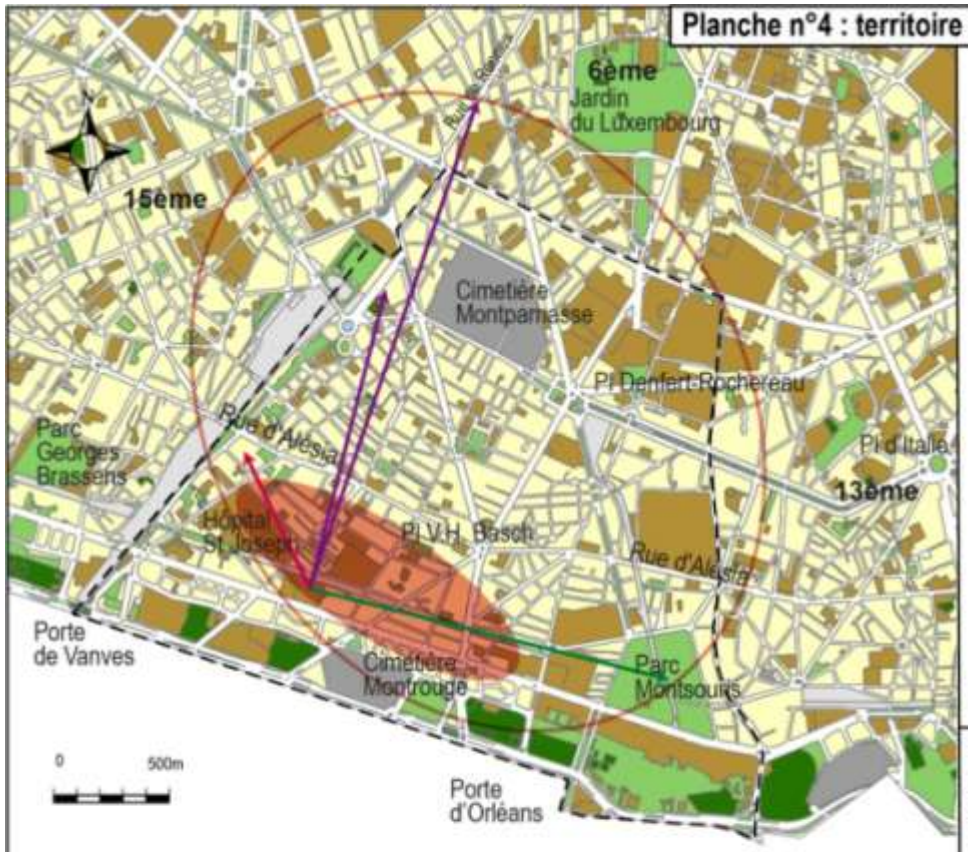
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Paule à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

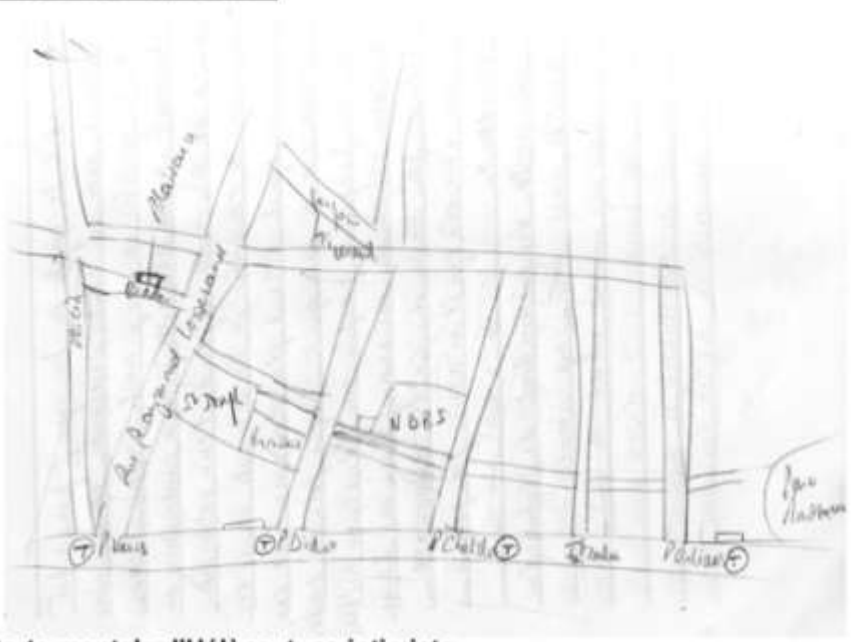
Paule a 80 ans et une «solide» appropriation territoriale. Cette ancienne employée a toujours vécu dans son quartier. Ses enfants et petits-enfants habitent en banlieue parisienne : elle s'y déplace en RER. Elle assiste chaque semaine au cours de gymnastique du club Didot. Sa carte est un véritable village : son quartier est entouré par les églises de Notre Dame du Rosaire et Saint Pierre de Montrouge. Paule dessine les arbres, les jardins et indique une légende. Sa carte mentale reflète sa qualité de vie et son bien-être. *(Correspondance)*

Rue Didot ©B.Nader2008

Planche n°4 : territoire de vie d'Hélène, 75 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

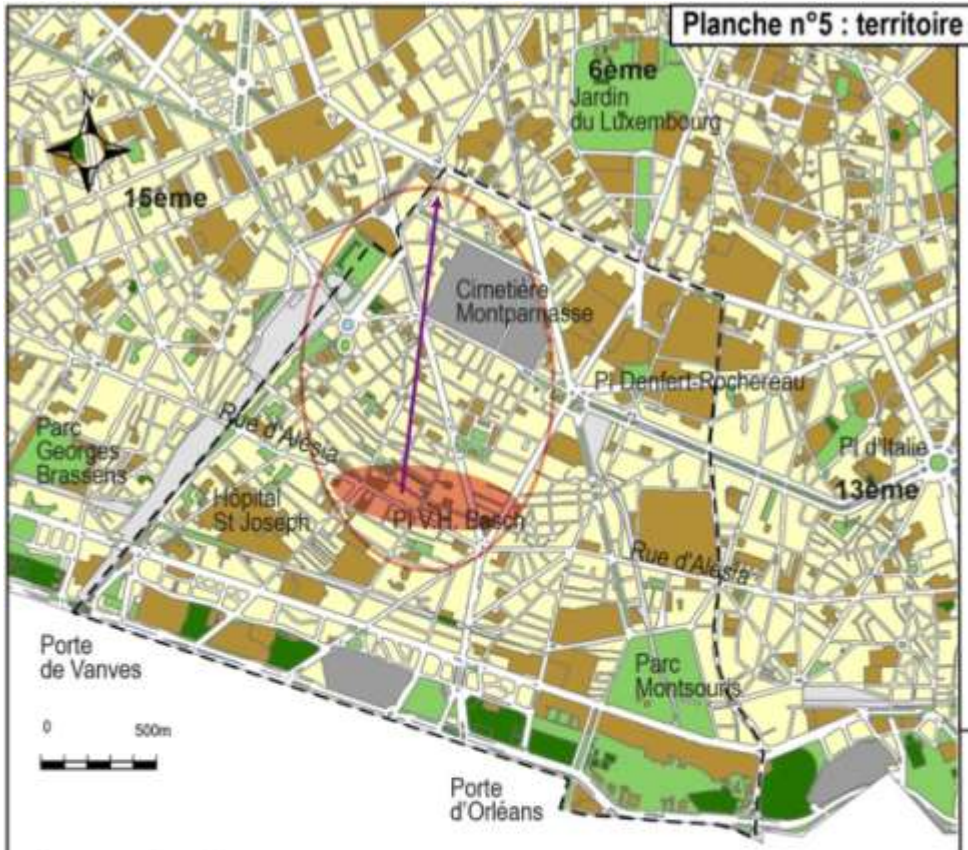


Carte mentale d'Hélène, type intimiste

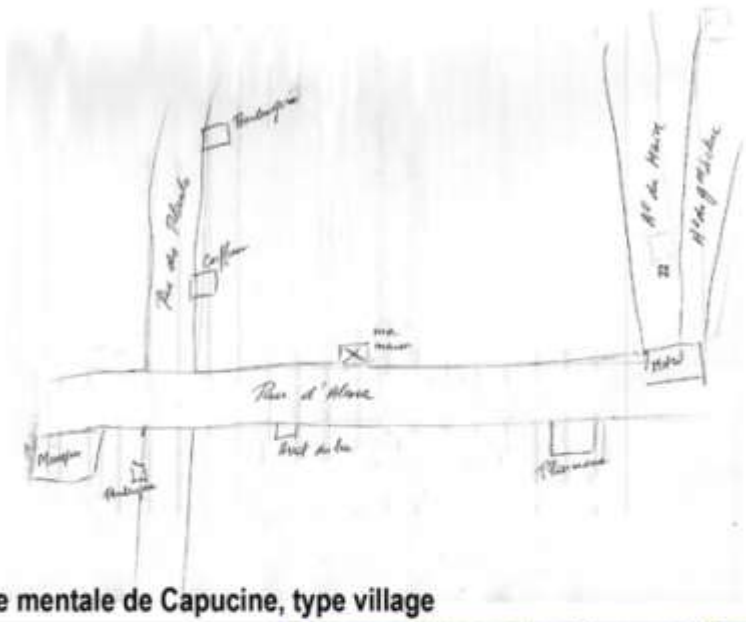
Hélène a une «bonne» appropriation territoriale : son emploi du temps est surchargé entre ses activités au club Plaisance et ses responsabilités dans une association. «*Je fais un peu de tout, spectacle, bals, ateliers manuels…Avec mes amis, nous avons des agendas tellement pleins que nous n'arrivons pas à nous voir !*». Célibataire, elle passe les trois mois d'été chez ses frères et sœur en province. Elle apprécie son quartier qu'elle parcourt à pied le plus souvent possible. Sa carte mentale est axée sur le boulevard Brune. Elle indique peu de services de proximité mais précise le club plaisance, rue de Ridder, cœur de ses activités et de ses liens sociaux. *(Correspondance)*

2011 rue Raymond Losserand ©B.Nader 2008

Planche n°5 : territoire de vie de Capucine, 82 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

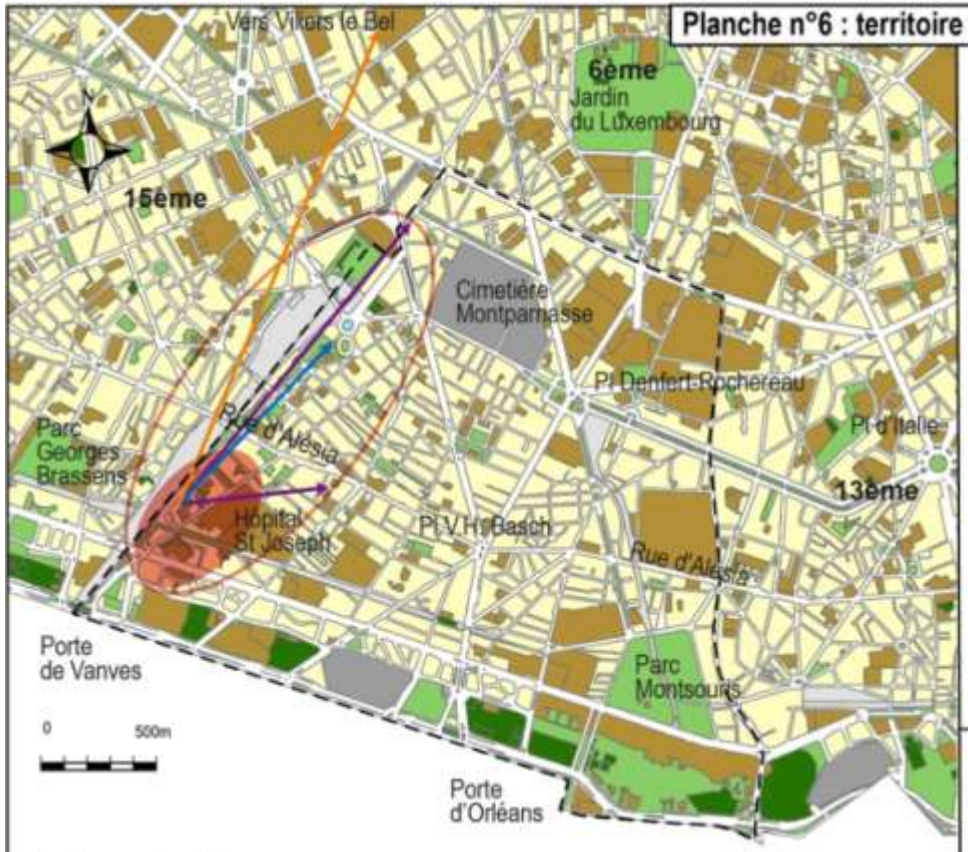


Carte mentale de Capucine, type village

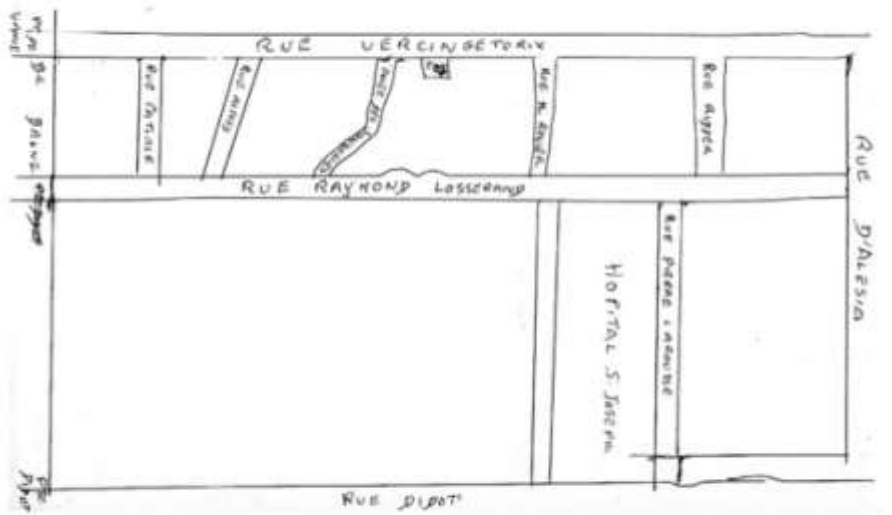
Capucine a une «assez bonne» appropriation territoriale. Espagnole, elle a deux territoires de vie, l'un dans le 14ème, l'autre en Espagne où elle y séjourne chaque année. Capucine apprécie son quartier «*il y a tout à proximité*». Elle aime aller à Montparnasse pour regarder des films. Elle indique sur sa carte mentale les commerces à proximité de son domicile.
(Correspondance)

Rue d'Alésia ©B.Nader 2008

Planche n°6 : territoire de vie de Raymond, 87 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

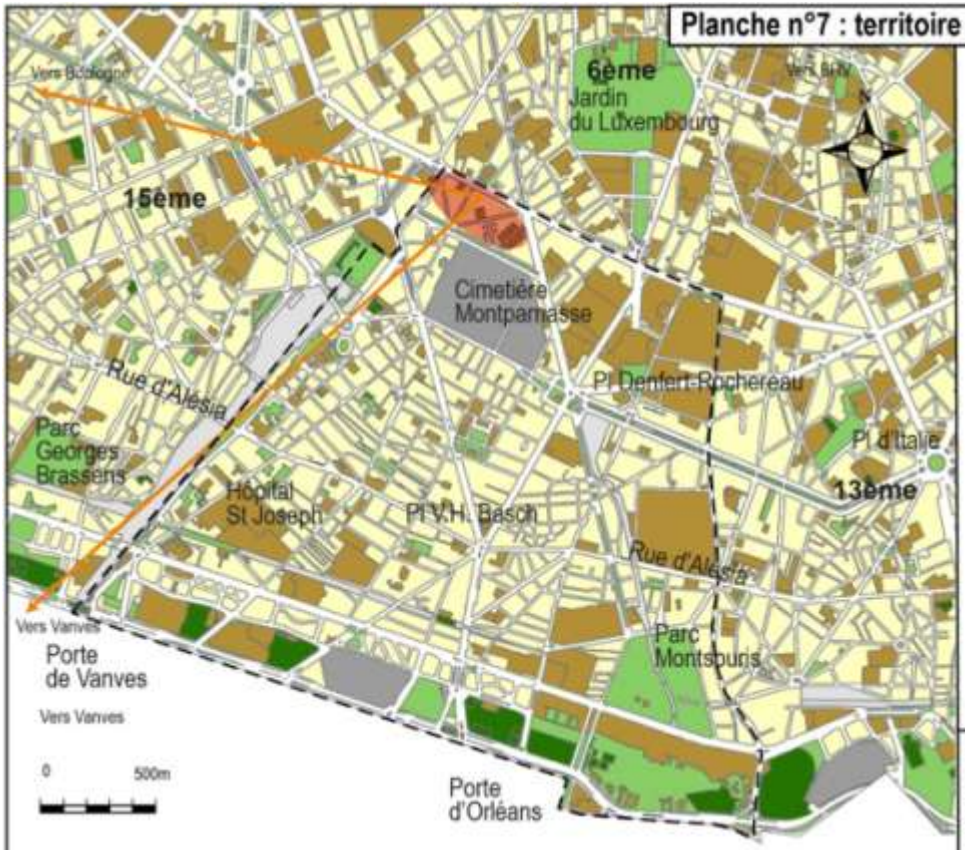


Carte mentale de Raymond, type intimiste

Raymond a une «assez bonne» appropriation territoriale. Il habite dans le 14ème depuis l'âge de 12 ans *«mon quartier de jeunesse, c'est Montparnasse, c'est la vie»*. Raymond se plaît à la porte de Vanves, car il y trouve le nécessaire. Il part dans sa résidence secondaire pendant les 4 à 5 mois de la période estivale. En hiver, il participe aux manifestations organisées par sa caisse de retraite. Il dessine avec précision *«son quartier Vercingétorix»*
(Entretien)

Rue Vercingétorix ©B.Nader 2008

Planche n°7 : territoire de vie de Violette, 100 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale de Violette, type intimiste

Violette est centenaire et a une «assez–bonne» appropriation territoriale. Elle habite la résidence-appartement des Artistes depuis 20 ans. Elle se déplace seule pour rejoindre son atelier où elle peint plusieurs fois par semaine. Son territoire de vie s'élargit lorsqu'elle part avec sa cadette (75 ans) : Elle se promènent au jardin du Luxembourg. Violette passe les week-ends chez sa fille en banlieue. Elle dessine sur sa carte le territoire qu'elle parcourt à pied. *(Entretien)*

Rue du Montparnasse ©B.Nader 2011

Planche n°8 : territoire de vie d' Armande, 76 ans

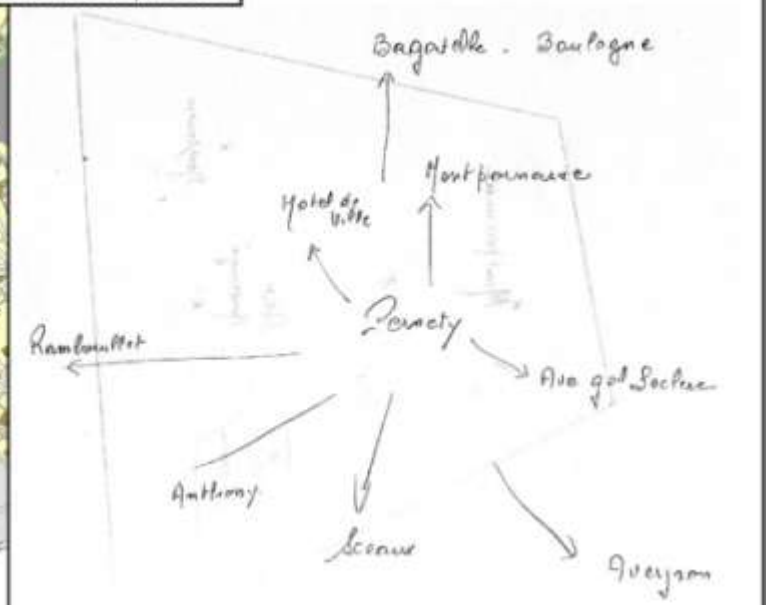
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Armande à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

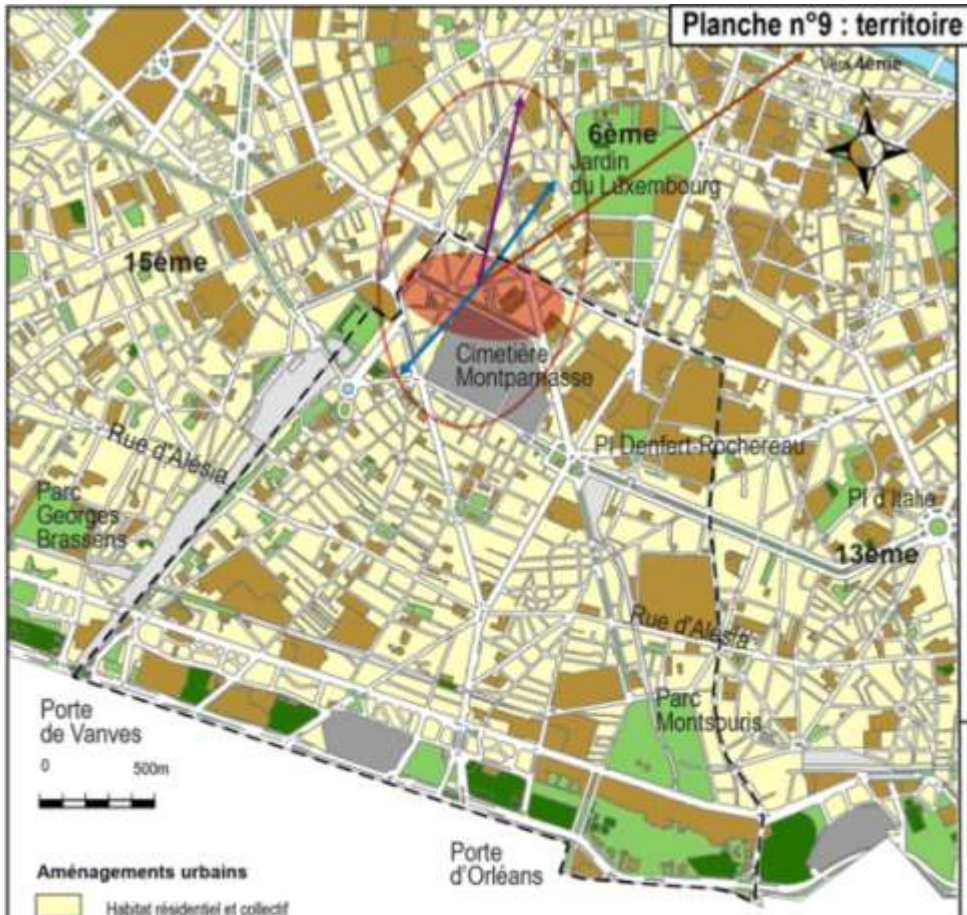


Carte mentale d'Armande, type intimiste

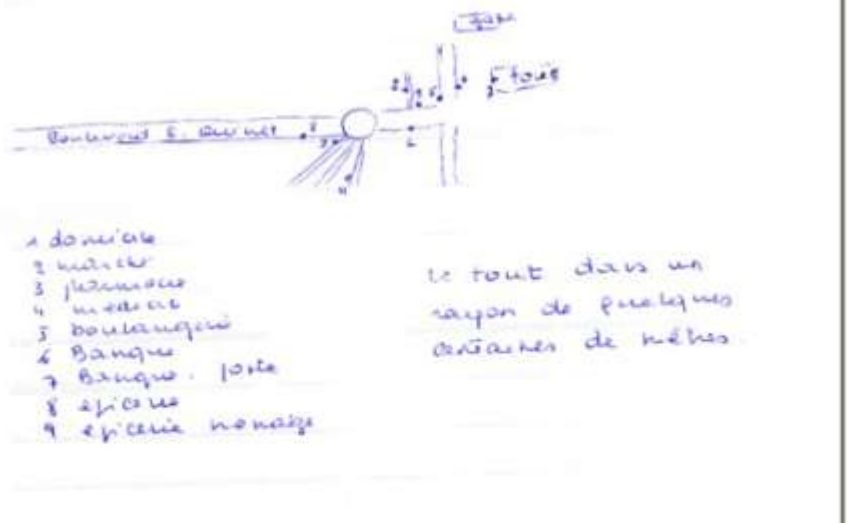
Armande a 76 ans, elle est mariée et a une «bonne» appropriation territoriale. Elle est très attachée au quartier «Pernety» car elle est y est née : elle est très active au club Plaisance dans les ateliers manuels. Elle accompagne souvent son époux au club de CEA. Sa carte mentale est un organigramme où elle indique les lieux où elle aime se déplacer de Montparnasse à l'Aveyron ! *(Entretien)*

Rue Pernety ©B.Nader 2011

Planche n°9 : territoire de vie de Marie-Pierre, 80 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

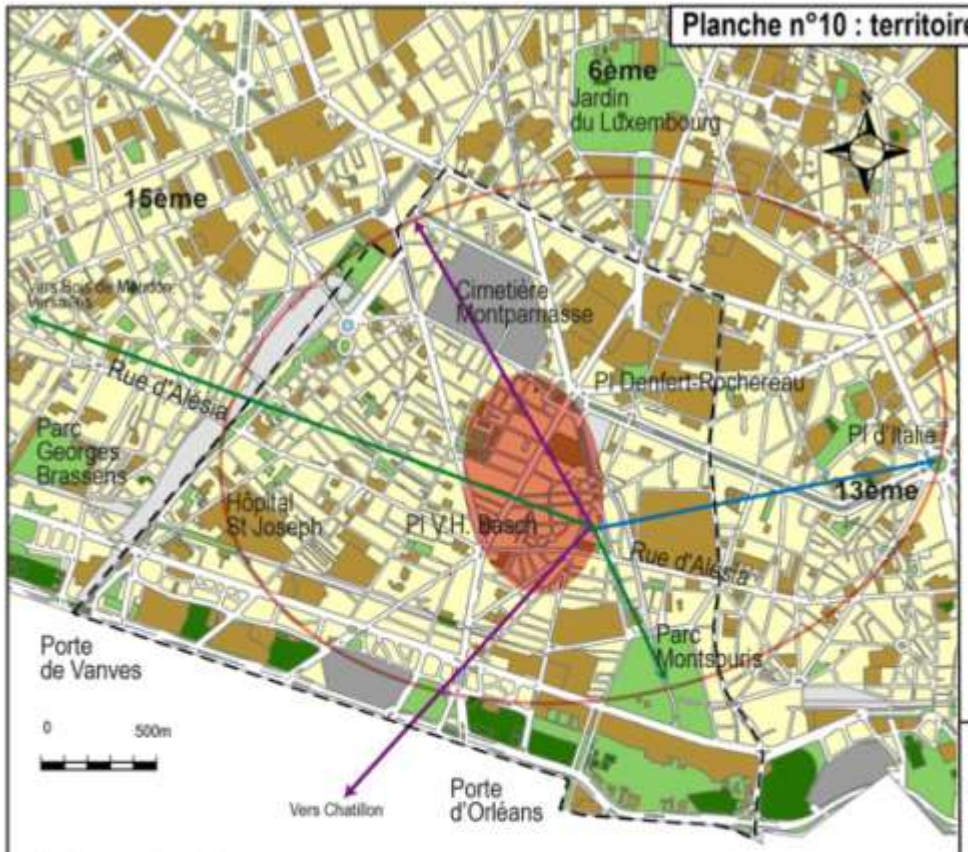


Carte mentale de Marie-Pierre, type intimiste

Marie-Pierre a une appropriation du territoire «solide». Très entourée par 8 enfants et ses 21 petits-enfants, Marie-Pierre «*a tout sous la main, dans un quartier très agréable par les proximités et diversité d'activités de population, les facilités de transport si besoin est*». Sa carte mentale est très précise, elle dessine le paté de maison dans lequel elle a toutes les commodités. Elle sort de son quartier principalement pour ses activités de bénévolat ou ses visites familiales. *(Correspondance)*

Centre commercial de Montparnasse
©B.Nader 2008

Planche n°10 : territoire de vie de Lucien, 77 ans



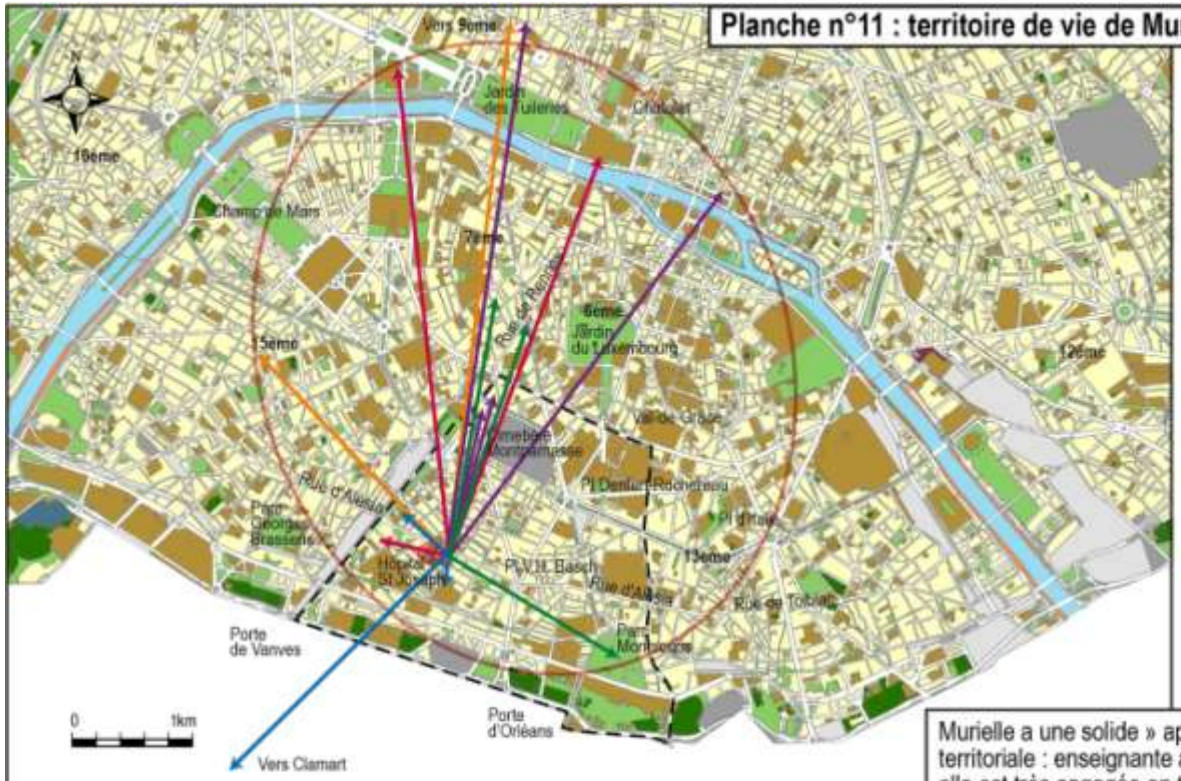
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

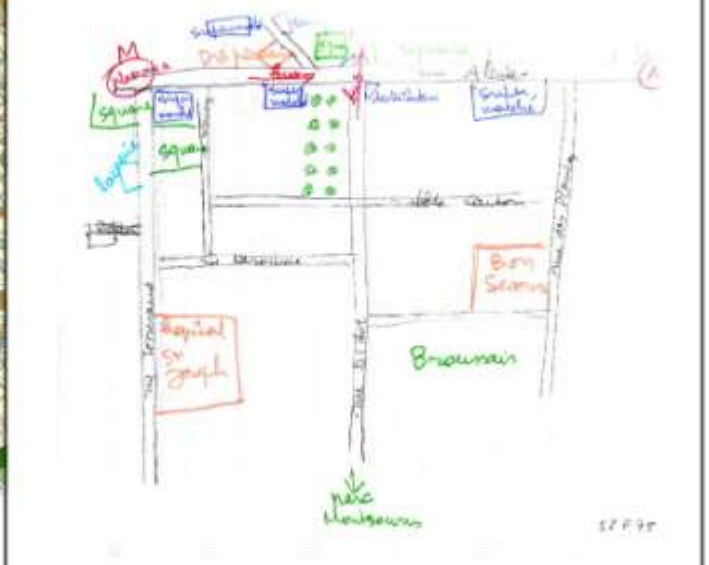
Carte mentale de Lucien, type intimiste

Lucien a 77 ans et une «assez bonne» appropriation territoriale. Son territoire de vie est large, il conduit souvent pour se rendre dans Paris ou bien pour se promener avec sa compagne à Meudon ou à Versailles. L'été, il passe ses vacances dans sa résidence secondaire. Sa carte mentale est constituée de mots qui indiquent les rues et les boulevards qu'il emprunte régulièrement. Il est très attaché à son quartier «*il y a un bon niveau social, des commerçants nombreux et aimables et surtout la proximité du Parc Montsouris*». Il ne regrette que le bruit du RER qui passe derrière chez lui. *(Correspondance)*

Allée centrale de l'avenue René Coty ©B.Nader 2008

Planche n°11 : territoire de vie de Murielle, 75 ans





Carte mentale de Murielle, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

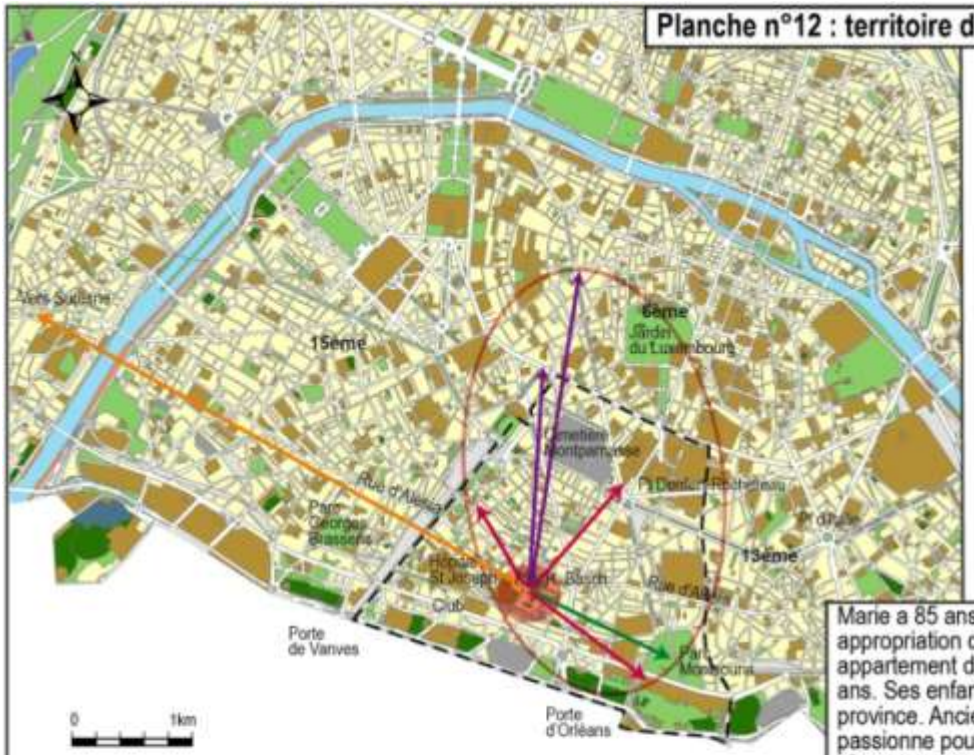
Pratiques spatiales

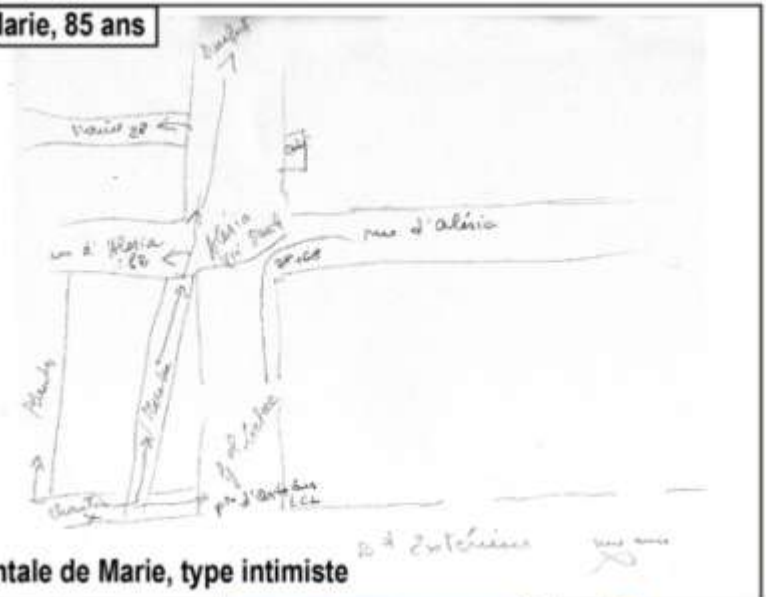
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Murielle à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Murielle a une solide » appropriation territoriale : enseignante à la retraite, elle est très engagée en tant que bénévole dans une association caritative mais aussi au sein du CICA de l'arrondissement pour représenter son association. L'été, Murielle part en Province dans sa maison de campagne. Elle est attachée à ce quartier qui correspond à ses attentes : la proximité des commerces, des lieux culturels et surtout la facilité pour se rendre dans le centre de Paris pour des activités culturelles ou bien pour rendre visite à ses enfants. Sa carte mentale est colorée et représente le quartier village.
(Correspondance)

Planche n°12 : territoire de vie de Marie, 85 ans





Carte mentale de Marie, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

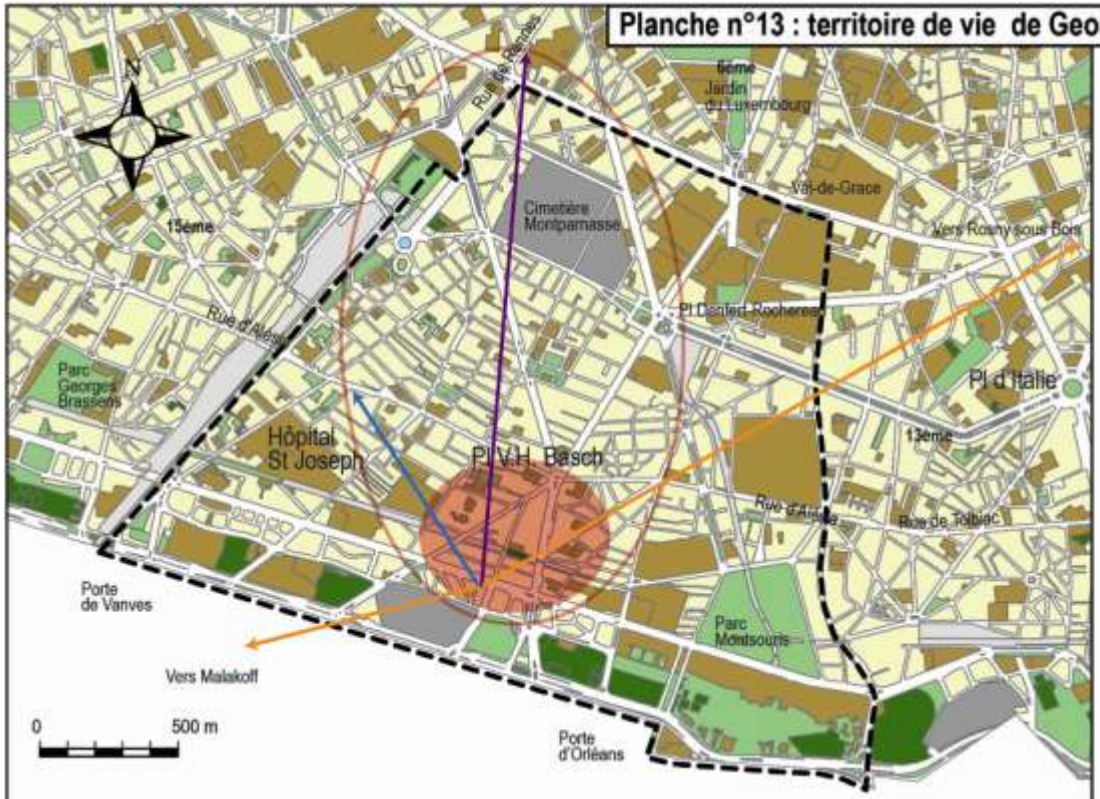
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marie

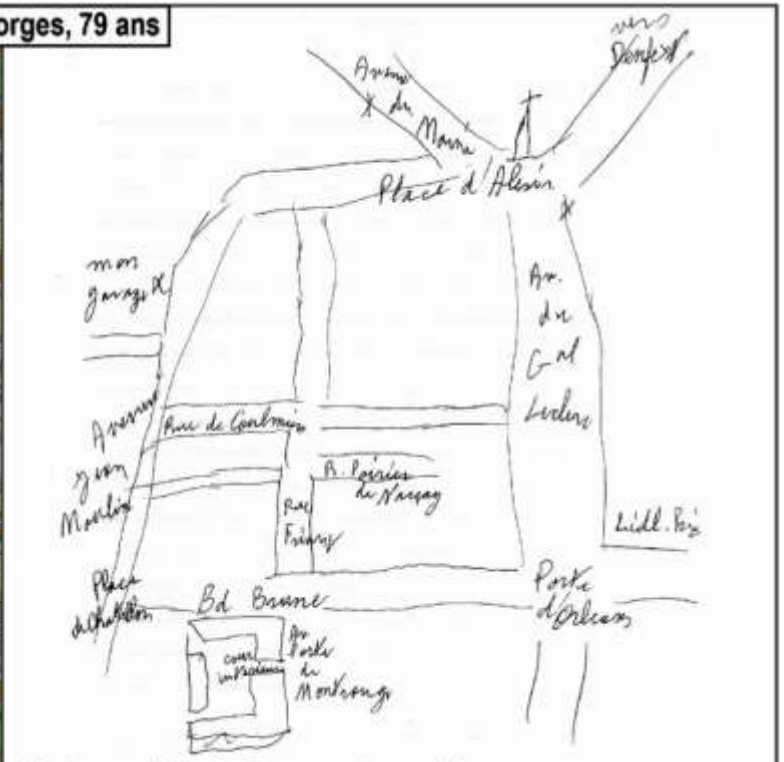
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Marie a 85 ans et une une «assez bonne» appropriation de son territoire de vie. Elle loue un appartement dans une résidence HLM depuis 20 ans. Ses enfants et petits-enfants habitent en province. Ancienne secrétaire de direction, elle se passionne pour le bridge. «*Je joue au bridge chaque mercredi, c'est un jeu captivant qui vous permet de vous évader de vous absorber, de vous faire oublier vos problèmes et vos peines. Mais je deviens casanière, avant j'allais à la gymnastique mais maintenant je n'en n'ai plus le courage, c'est fatigant.*» Depuis le décès de son conjoint, Marie a arrêté ses activités sportives et garde son énergie pour aller voir sa sœur âgée de 91 ans, à Suresnes. Sa carte mentale se centre sur son quartier d'habitation : elle trace par les flèches les trajets qu'elle effectue au quotidien. Comme toutes les personnes fragilisées, elle s'appuie sur son quartier, ses trajets sont réguliers et sécurisants : le territoire est ici composé de repères urbains auxquels elle se réfère. Bien que son territoire se soit rétréci, elle fait corps avec l'espace du quartier. Elle est attachée à son quartier pour ses commodités. *(Entretien)*

Rue Auguste Cain ©B.Nader 2011

Planche n°13 : territoire de vie de Georges, 79 ans





Carte mentale de Georges, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

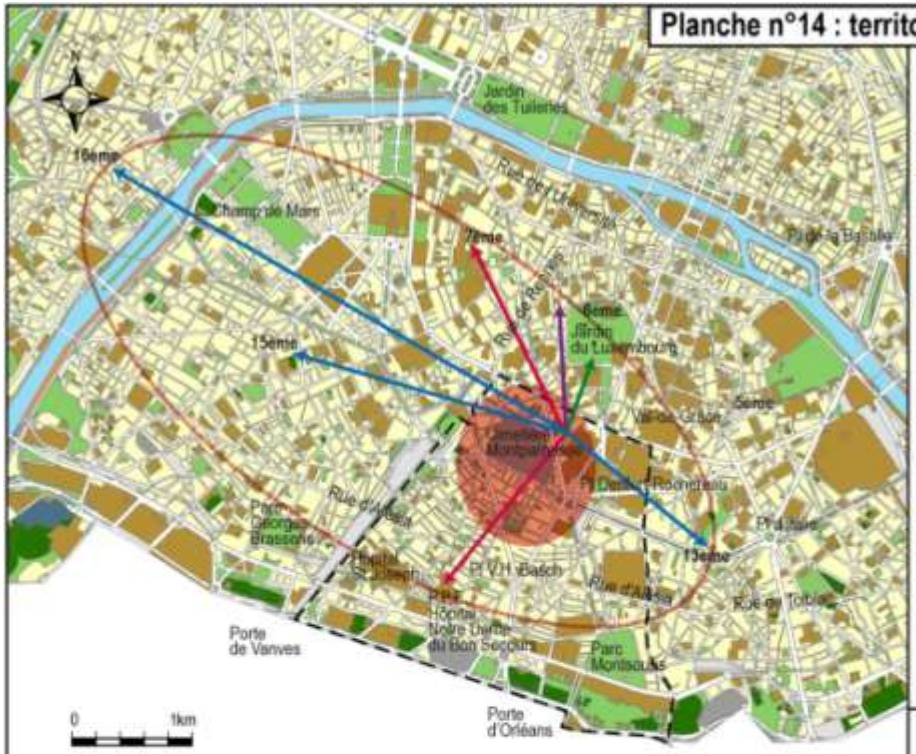
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Georges à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

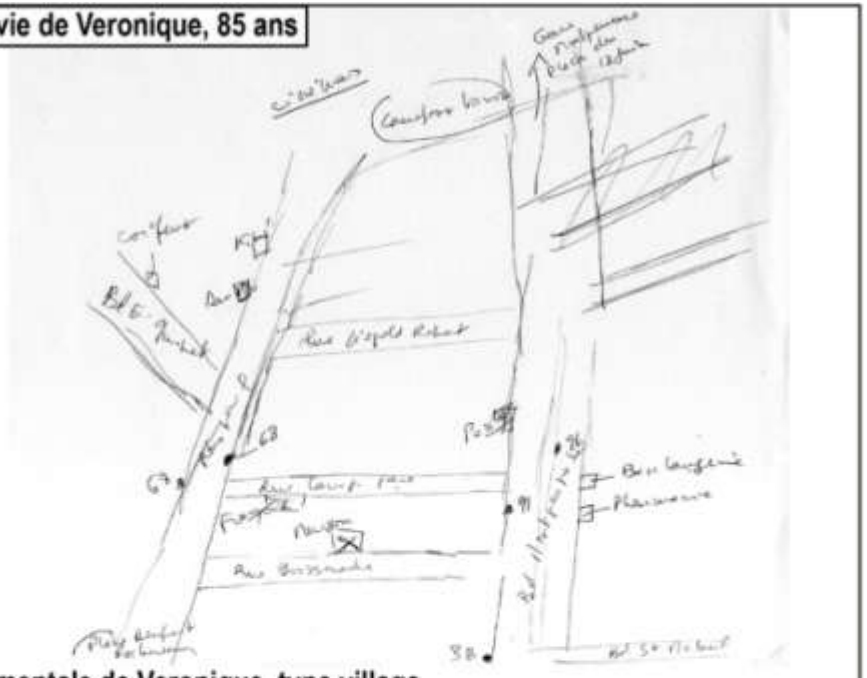
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Georges est marié et a 79 ans. Il a «solide» appropriation territoriale. Très attaché à son quartier «*je ne voudrais pour rien au monde en changer*». Il participe en tant que bénévole à plusieurs associations «*avec des gens qui partagent ses convictions sur le plan politique, religieux et anti-nucléaire*». Il assiste régulièrement aux réunions du Conseil de quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans. Sa carte mentale représente le quartier dans lequel il se déplace. Pour Georges la voiture est importante : le garage est précisément localisé : il conduit lorsqu'il rend visite avec sa femme à ses enfants en banlieue.
(Correspondance)

HBM boulevard Brune ©GP/NN 2011

Planche n°14 : territoire de vie de Veronique, 85 ans





Carte mentale de Veronique, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

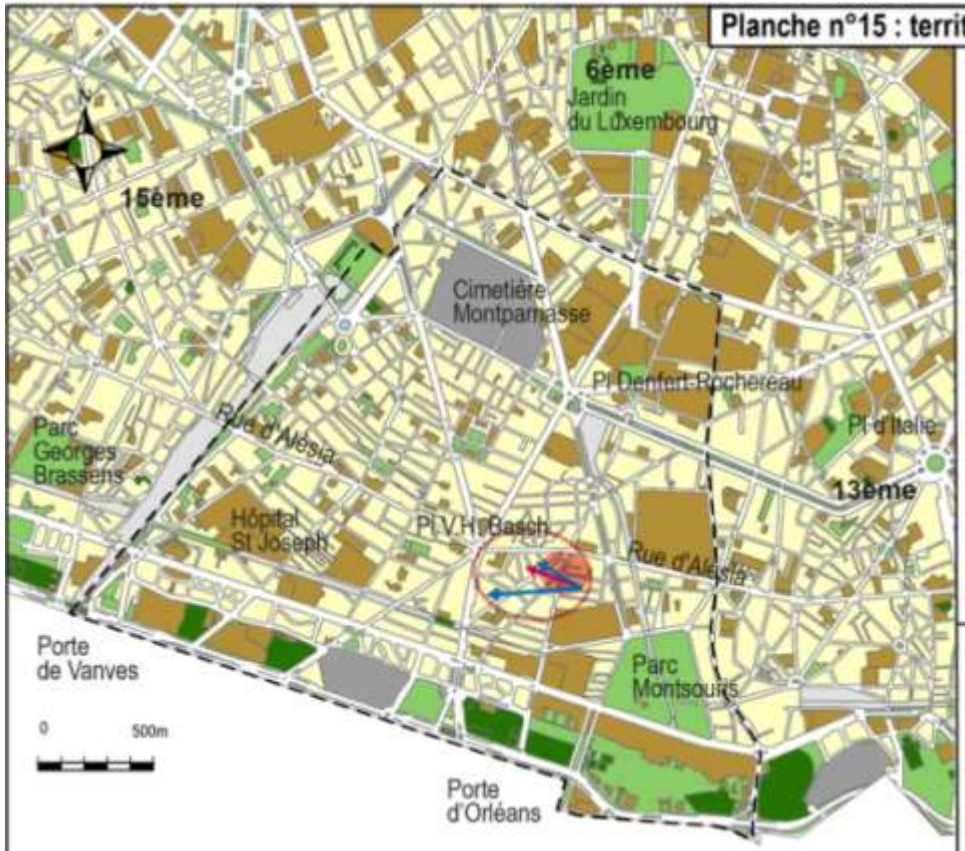
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux soins irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Veronique

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Véronique a 85 ans et a une «solide» appropriation territoriale : très investie dans plusieurs associations, elle participe régulièrement au comité des retraités du Point Paris Emeraude du 14 ème. Sa participation sociale est son moteur : elle sort contre vents et marées ! «*J'habite un merveilleux quartier, aéré, j'ai une maison formidable. Je connais des tas de gens dans le quartier, c'est un petit village.*» Ses enfants habitent dans la même rue. Elle représente sur sa carte toutes les commodités, commerces de proximité, moyens de transport qui lui permettent de se déplacer et faire corps avec son territoire. *(Entretien)*

Station de métro Raspail ©B.Nader 2009

Planche n°15 : territoire de vie d'Yvonne, 88 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale d'Yvonne, type restreint

Yvone a 88 ans. Elle a une appropriation territoriale «fragile ». Très attachée à son quartier, très entourée par sa fille, elle a des difficultés pour se déplacer. Elle sélectionne ses sorties et sort chaque lundi pour prendre des cours de peinture dans le quartier. «*Je me sens très bien dans ce quartier très calme et commerçant, c'est un quartier tranquille*». La carte mentale est très peu détaillée mais comporte les trois rues qui entourent son immeuble. Les sorties se faisant plus rares, la carte illustre un rétrécissement du territoire. *(Correspondance)*

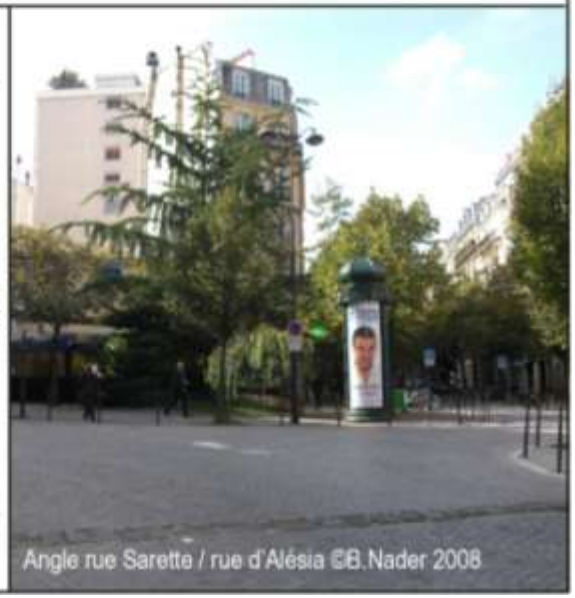
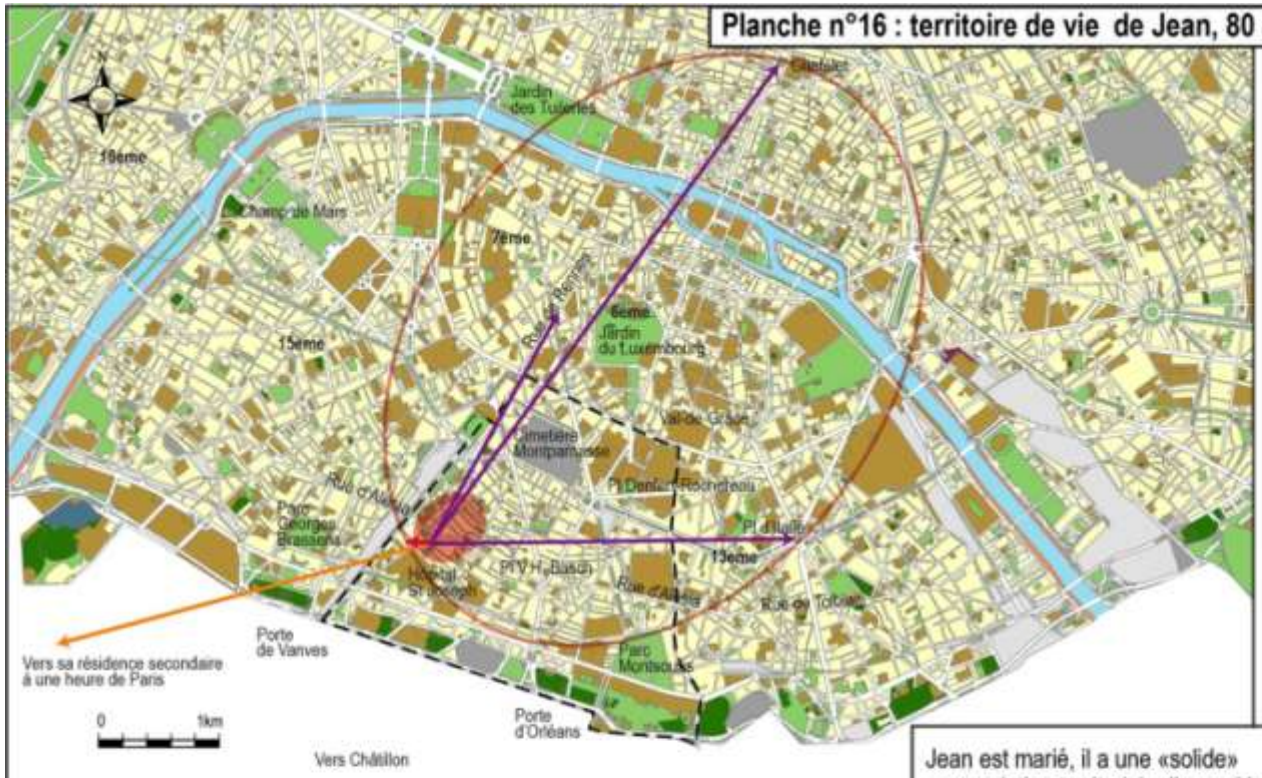
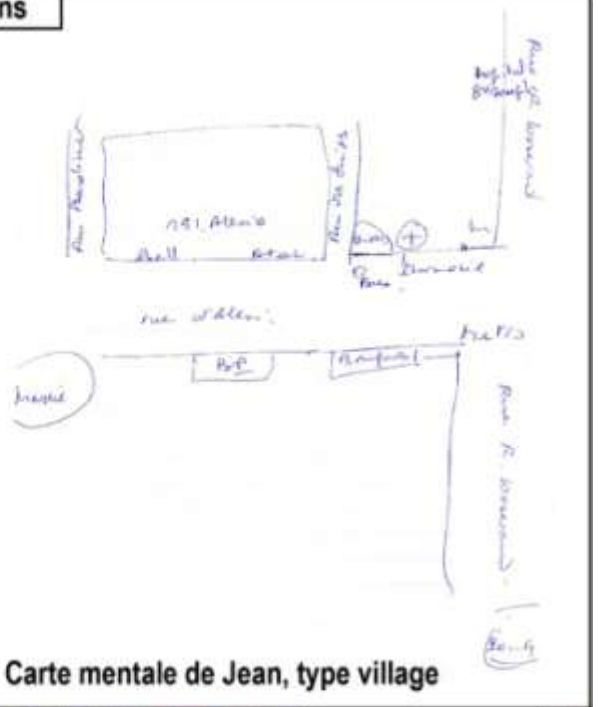

Angle rue Sarette / rue d'Alésia ©B.Nader 2008

Planche n°16 : territoire de vie de Jean, 80 ans





Carte mentale de Jean, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

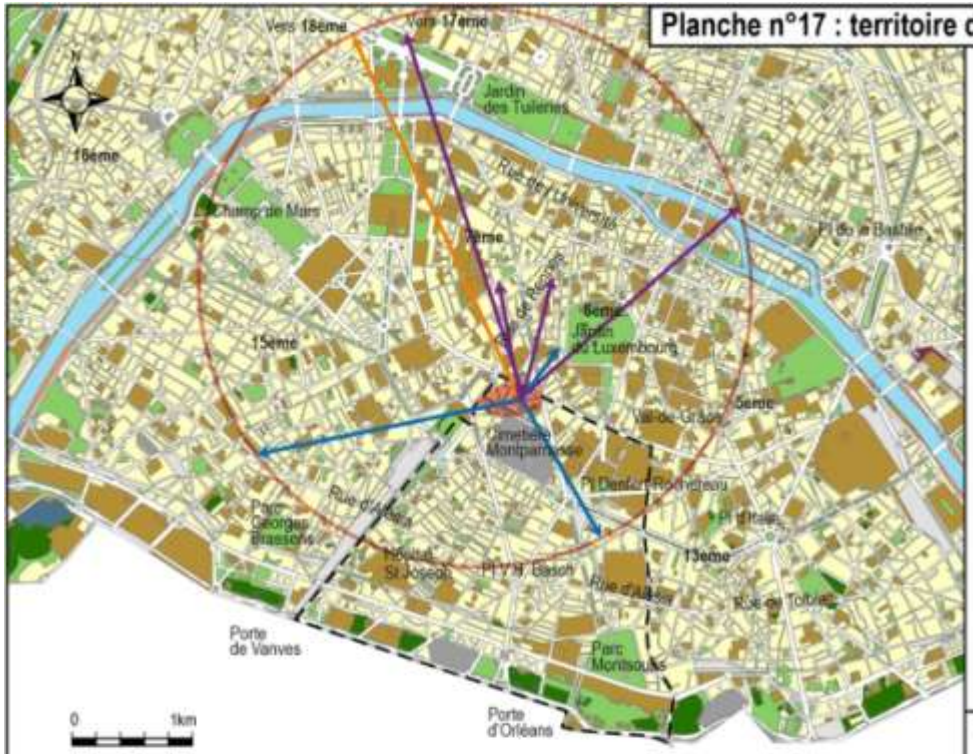
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Jean

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Jean est marié, il a une «solide» appropriation territoriale. Il prend les transports en commun pour se rendre dans «tout Paris». Il conduit souvent sa voiture pour se rendre dans une maison secondaire proche de Paris où il y jardine. «*A un certain âge, on se trouve bien dans un quartier quand on y trouve les commerçants et les services nécessaires (ce qui est le cas dans notre quartier) et surtout des amis.*» Sa carte mentale représente l'îlot parfait avec ses aménités et le lieu de sociabilité masculin : le bistrot ! *(Correspondance).*

Métro Plaisance, rue d'Alésia©B.Nader 2008

Planche n°17 : territoire de vie de Nathalie, 83 ans



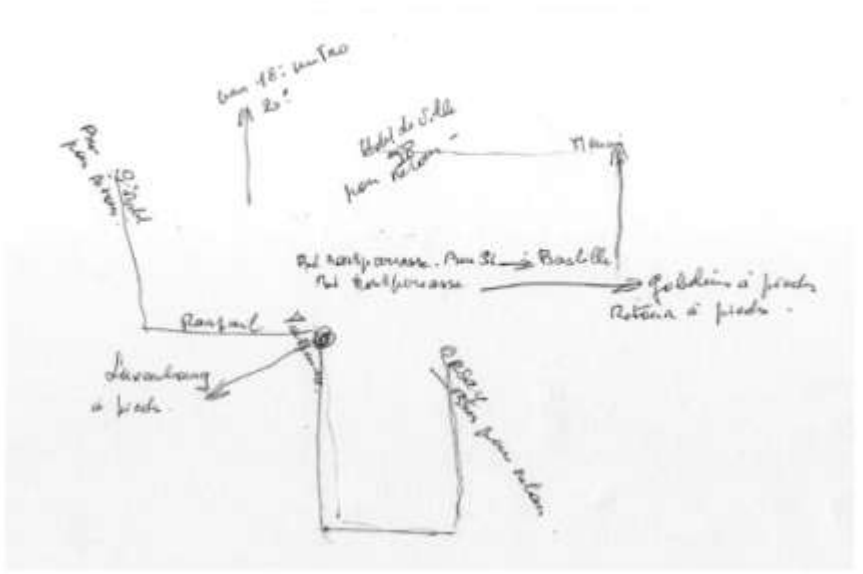
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Nathalie

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



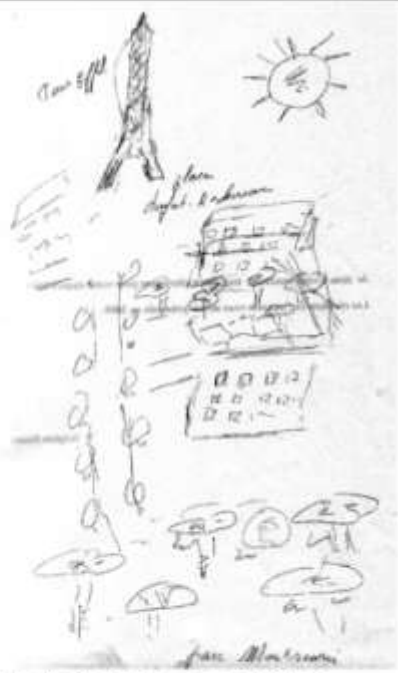
Carte mentale de Nathalie, type village

Nathalie a une «bonne appropriation territoriale». Elle habite dans la Résidence-appartement des Artistes. Elle apprécie son appartement et le quartier. Cet artiste peintre peint à son domicile, elle est passionnée. Elle marche beaucoup dans Paris et le précise dans sa carte mentale où elle trace les trajets qu'elle aime effectuer. *(Entretien)*

Place du 25 aout 44 : le centre commercial
©B.Nader 2011

Planche n°18 : territoire de vie de Solange, 75 ans

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

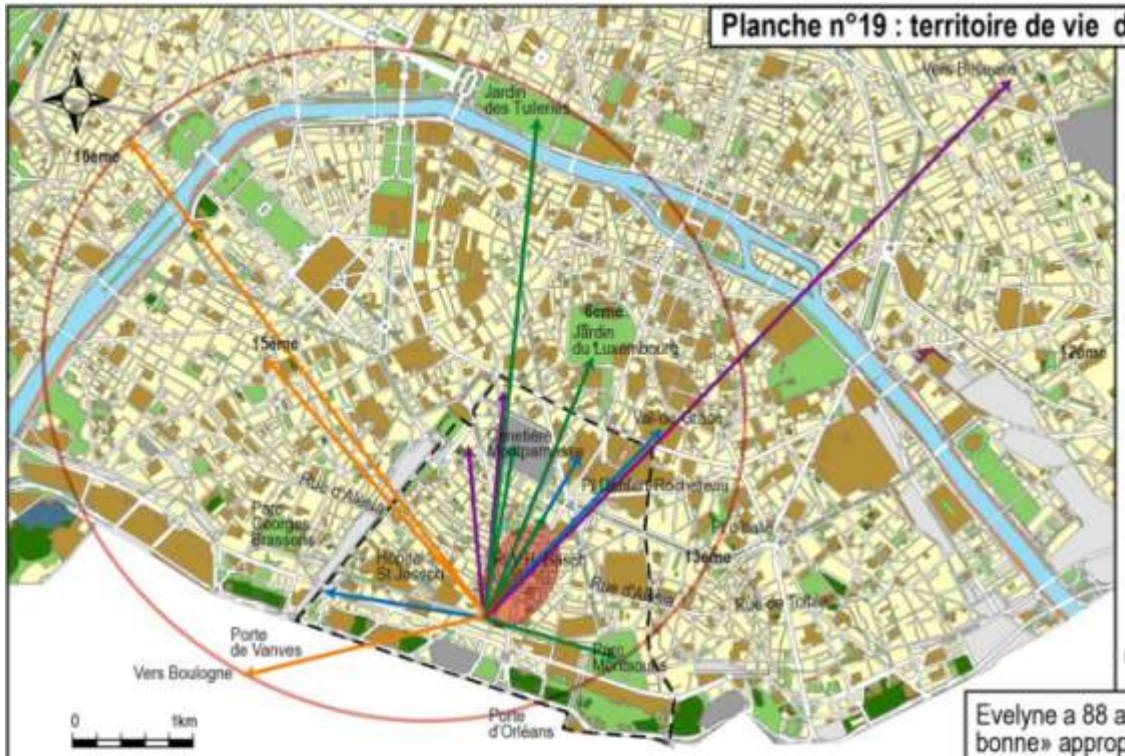


Carte mentale de Solange, type village

Solange a une «assez» bonne appropriation territoriale. Elle s'est battue il y a 7ans contre une maladie et profite maintenant de tous les moments de sa vie. Entre ses petits-enfants et ses activités à la «Maison Ouverte», elle parcourt l'arrondissement avec une joie certaine. Sa carte mentale est un dessin où elle représente la tour Eiffel qu'elle voit de sa cuisine, la verdure de sa rue et du parc Montsouris qu'elle apprécie à toutes les saisons. En la dessinant, elle évoque la beauté de Paris et son émerveillement quotidien. *(Entretien)*

Parc Montsouris ©B.Nader 2011

Planche n°19 : territoire de vie d' Evelyne, 88 ans



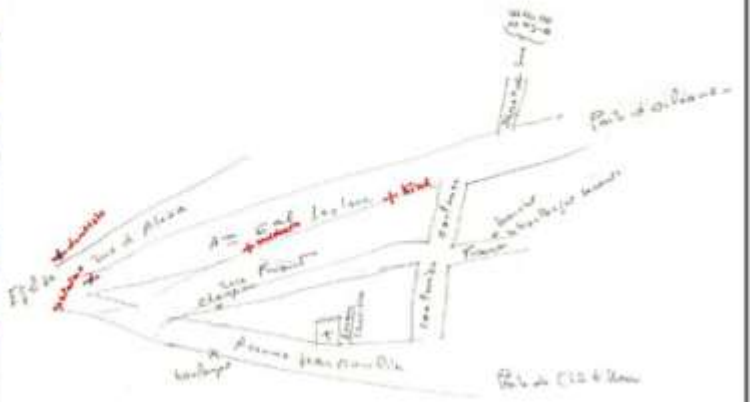
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux soins irréguliers
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Evelyne à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

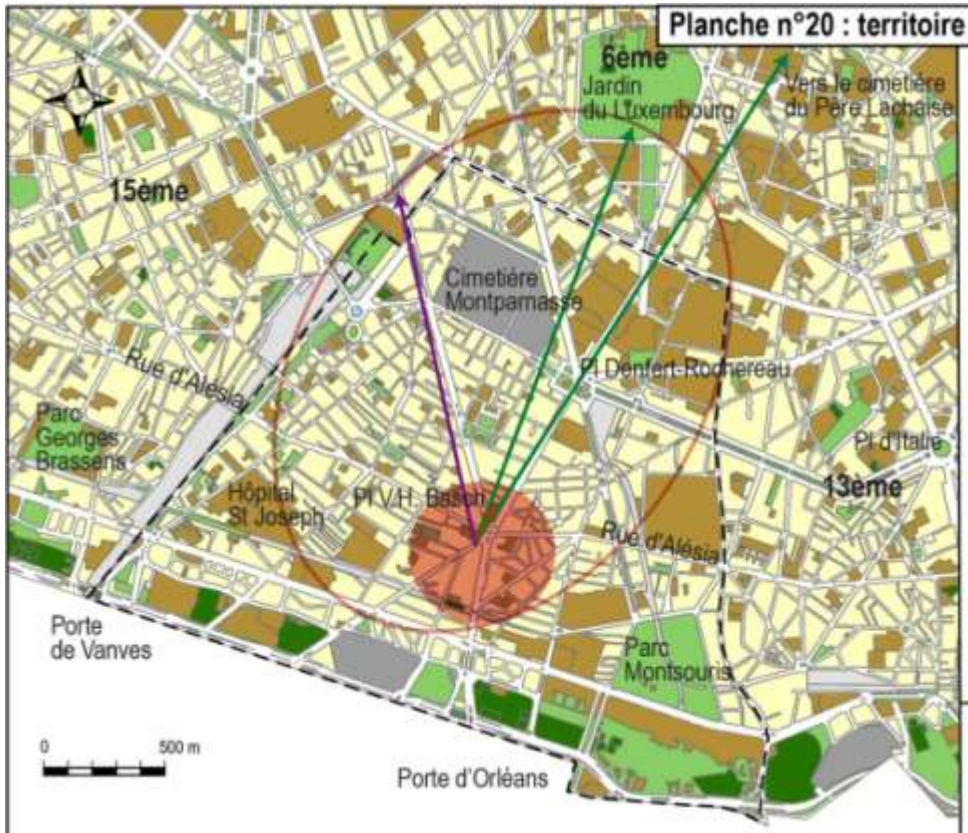


Carte mentale d'Evelyne, type village

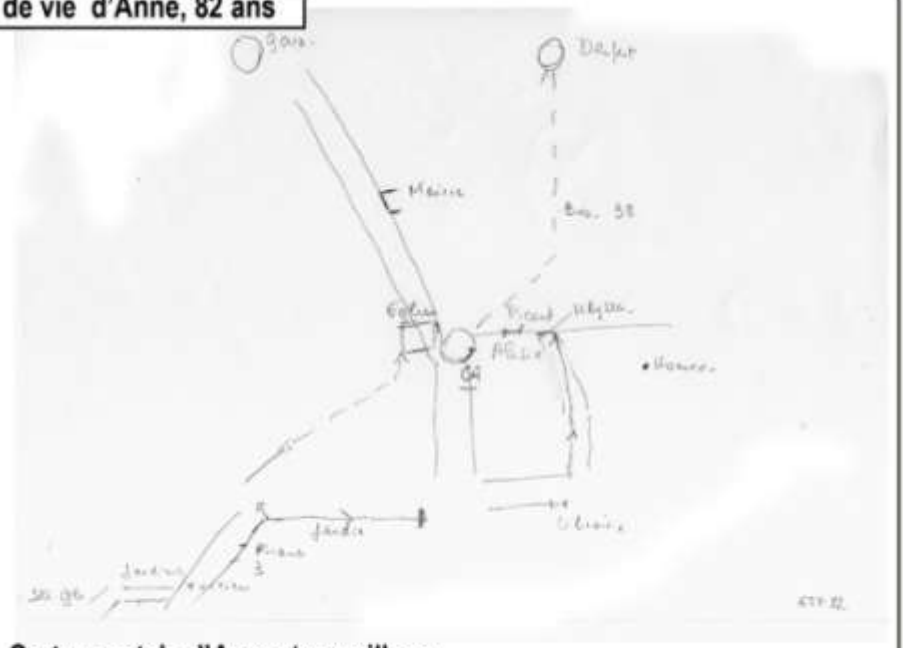
Evelyne a 88 ans et une «assez-bonne» appropriation territoriale. Elle est née dans le quartier et y de fait très attachée. Femme au foyer, elle a toujours eu des activités de bénévolat : elle continue encore à la paroisse Saint Pierre Montrouge. Elle prend surtout le bus «*car le métro n'est pas sécurisant, les marches sont mauvaises.*» Son réseau amical est très développé dans le quartier et en banlieue où elle s'y rend en transport en commun. Sa carte mentale représente un triangle reliant l'Église Saint Pierre de Montrouge, la Porte d'Orléans et la Porte de Châtillon. *(Entretien)*

Avenue Jean Moulin ©B.Nader 2008

Planche n°20 : territoire de vie d'Anne, 82 ans



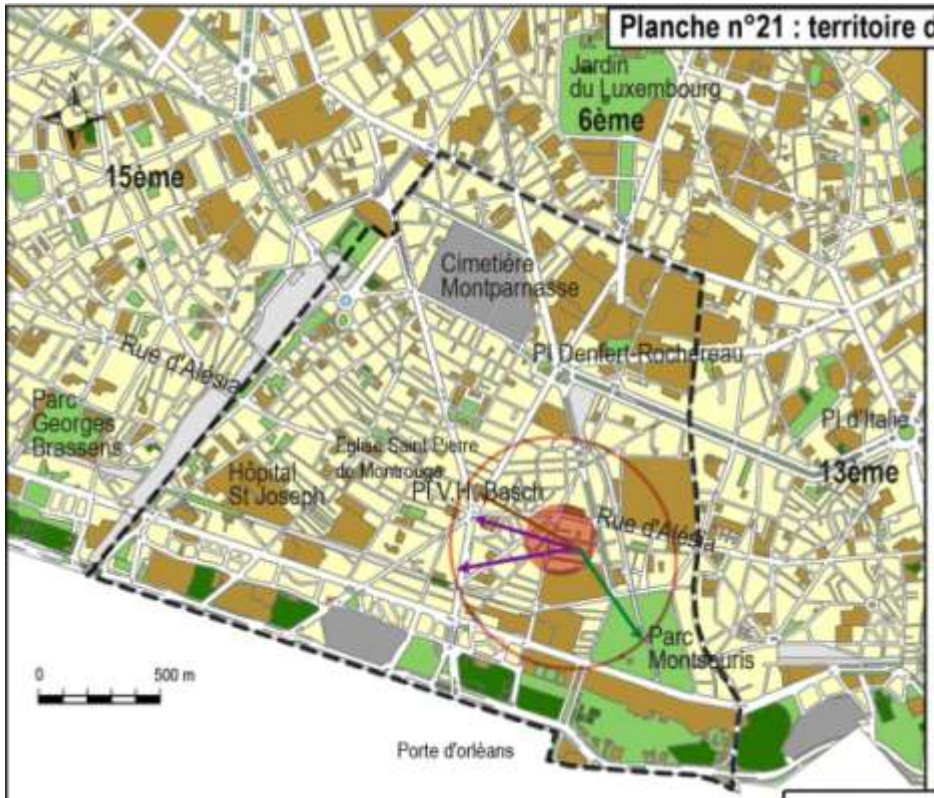
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

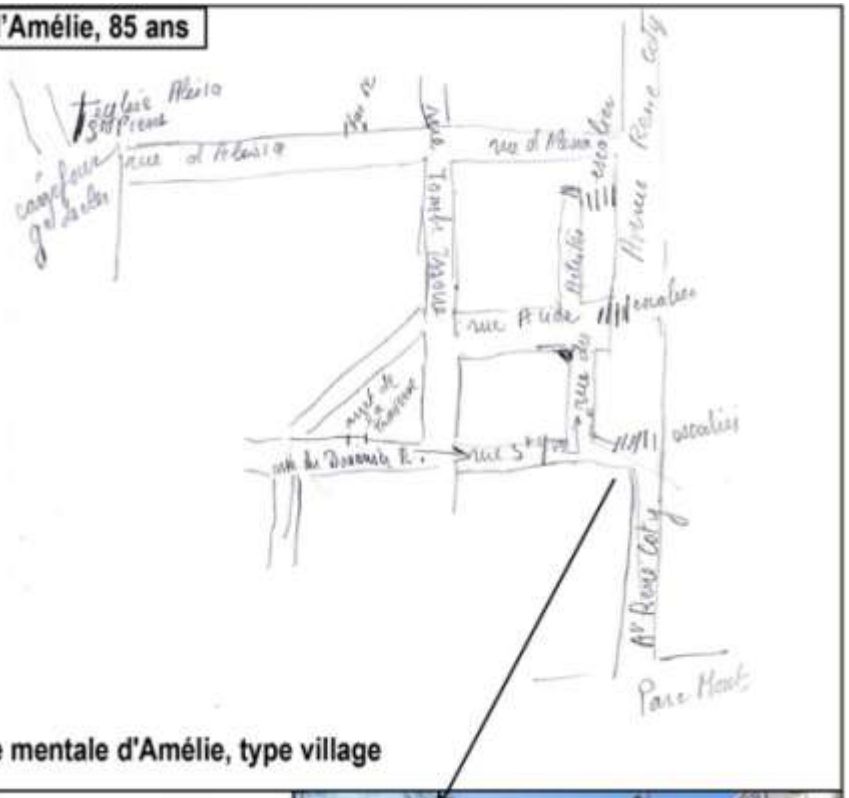


Carte mentale d'Anne, type village

Anne a 82 ans et une appropriation territoriale « fragile». Elle parcours 250 mètres entre son domicile et le point le plus éloigné de son parcours. Comme toutes les personnes dont le territoire de vie s'est rétrécie, elle flèche son parcours et explique son trajet en nommant les commerces de proximité qui sont ses seuls liens desociabilité. Elle doit traverser la place V. et H. Bach, dont les feux de croisements sont trop rapides pour qu'elle traverse à son rythme. La carte mentale et l'entretien permettent d'analyser une amorce de désappropriation de l'espace.
(Entretien)

Planche n°21 : territoire de vie d'Amélie, 85 ans





Carte mentale d'Amélie, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

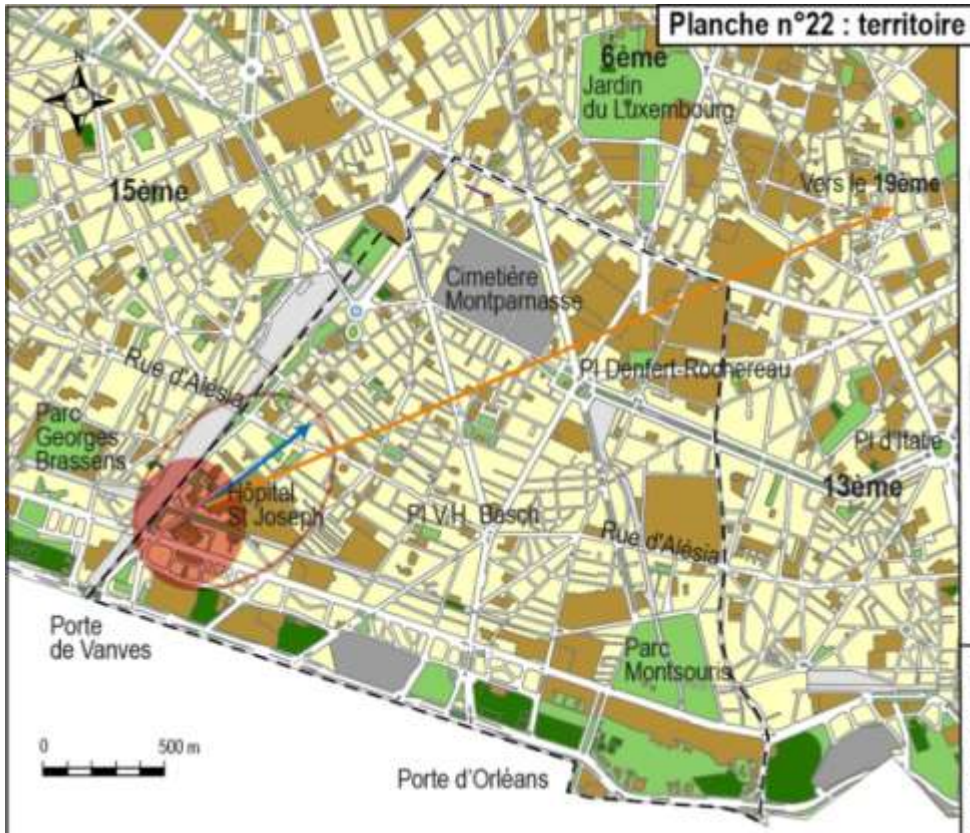
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Amélie

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

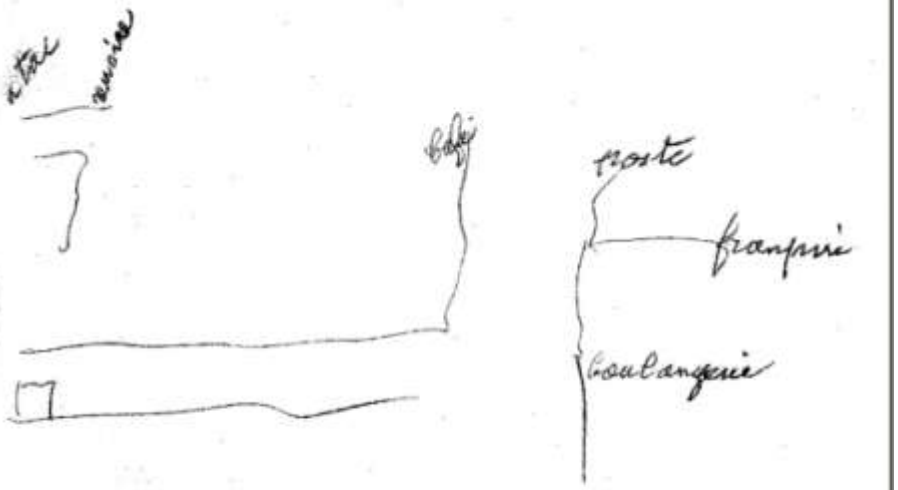
Amélie a une «assez bonne» appropriation territoriale. Elle a une santé fragile, des difficultés pour se déplacer, elle marche avec une canne. Elle est très attachée à son quartier : *«j'y ai tous mes souvenirs»*. Elle indique par des flèches le trajet qu'elle effectue pour prendre le bus "La Traverse" qui lui permet de se rendre place V. et H. Basch, à l'église Saint Pierre de Montrouge ou bien avenue du Général Leclerc au supermarché. Les escaliers sont martérialisés par des traits rapprochés, elle ne peut plus les descendre ce qui l'oblige à faire un grand détour pour prendre le bus 62 qui remonte la rue d'Alésia. *(Entretien)*

Escalier de la rue des Artistes ©B.Nader 2008

Planche n°22 : territoire de vie de Denise, 79 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

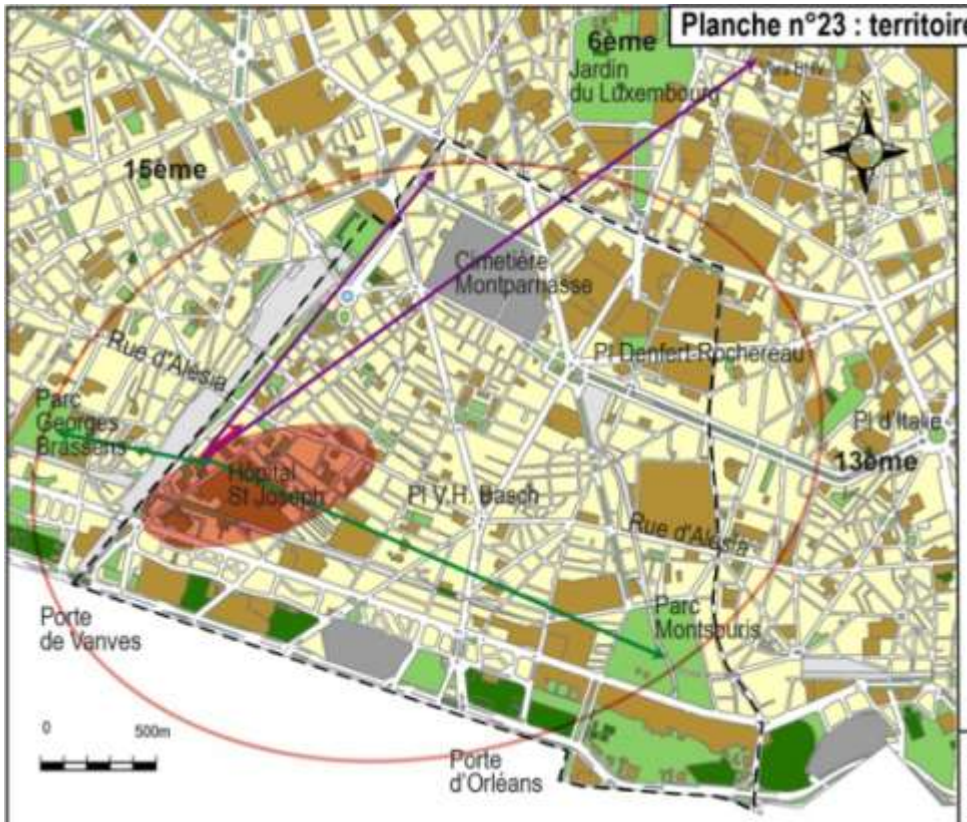


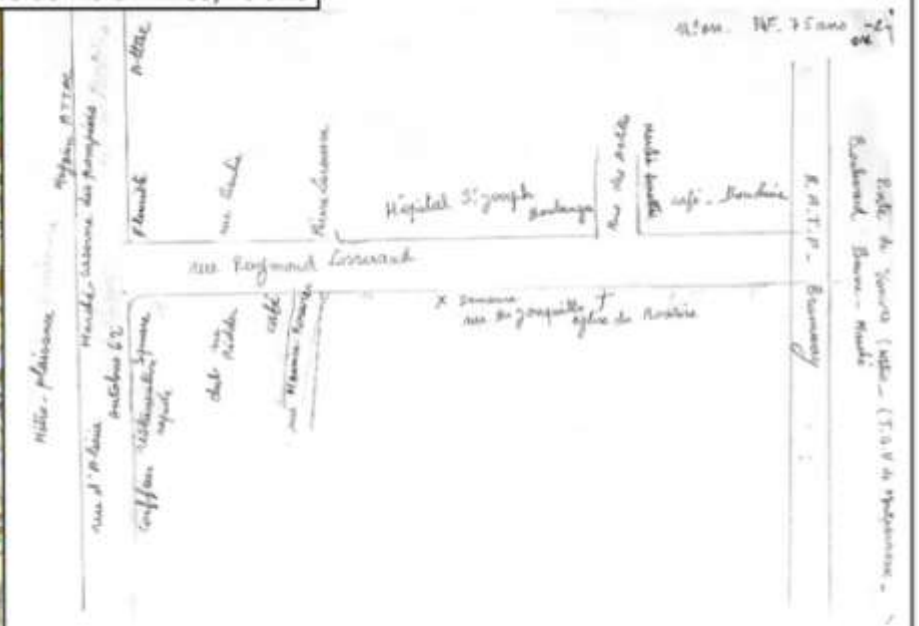
Carte mentale de Denise, type village

Denise a une appropriation territoriale «fragile». Elle habite dans la résidence-services des Arbustes depuis 7 ans, à la suite d'un problème de santé. L'ambiance de la résidence ne lui plaît pas. Elle préfère rester dans son studio. «*j'aimais mieux le 19ème, c'était vivant, il y avait tout, je faisais partie du secours catholique, c'était sympa.*» Son accident de santé fut une première fracture, son déménagement une deuxième. Son territoire s'étend irrégulièrement dans le 19ème lorsque son fils l'emmène pour déjeuner où vers Montparnasse où elle s'y rend accompagnée de son aide ménagère. Sa carte mentale est emblématique d'un territoire rétréci. Il n'y a plus de nom de rue, seuls les commerces côtoyés y figurent. Elle ne s'est jamais appropriée véritablement son quartier.

Place à l'angle de la rue des Arbustes et de la rue Losserand ©B.Nader 2011

Planche n°23 : territoire de vie d'Aimée, 75 ans





Carte mentale d'Aimée, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

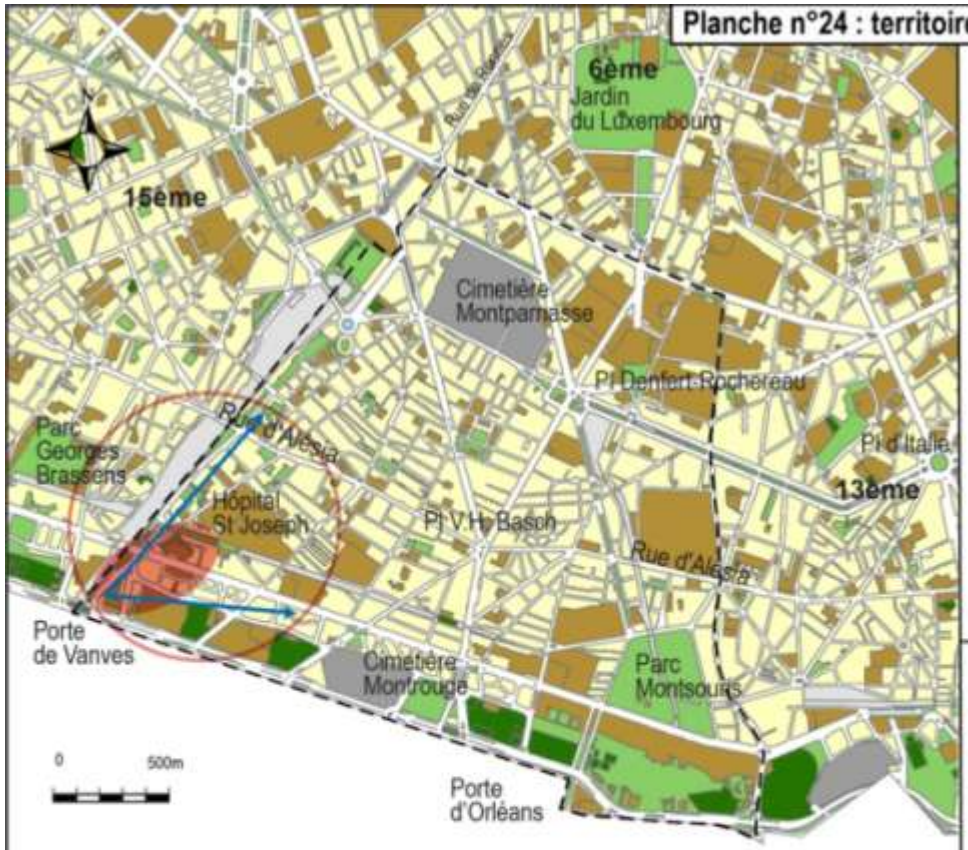
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Aimée

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

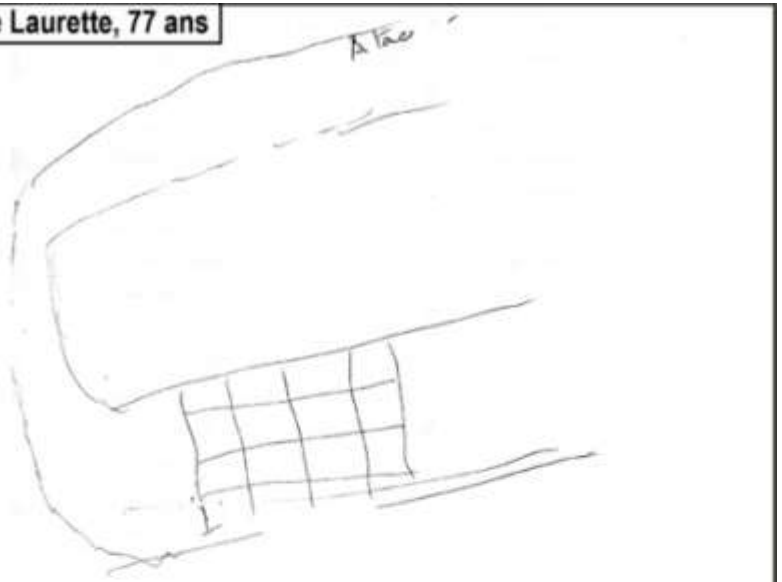
Aimée a une appropriation territoriale «fragile».
Des problèmes de santé l'ont immobilisée, elle s'en remet peu à peu : la proximité de l'hôpital, du club sénior, des commerces de proximité lui permettent de se réapproprier son territoire, même si elle n'apprécie plus l'ambiance de son quartier le trouvant trop «comopolite». Le territoire est ici le support de sa résilience, elle le dessine avec précision. *(Entretien)*

Rue Raymond Losserand ©B.Nader 2008

Planche n°24 : territoire de vie de Laurette, 77 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

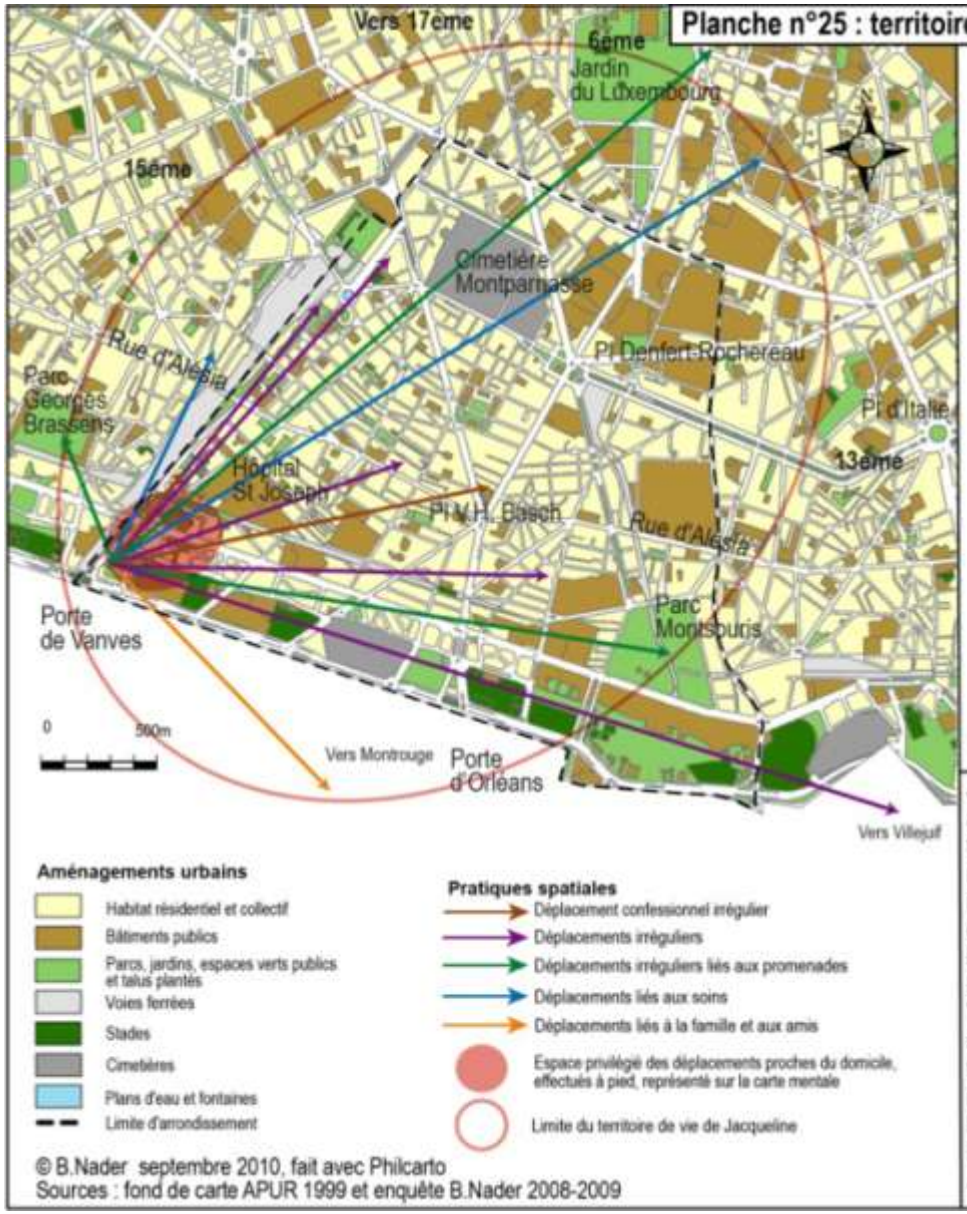


Carte mentale de Laurette, type intimiste

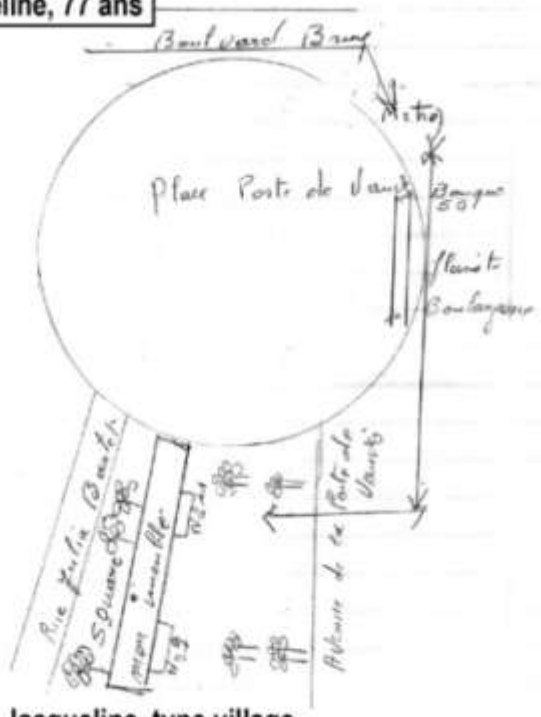
Laurette a 77 ans et une appropriation territoriale «fragile». Elle vit seule depuis la mort de son mari, elle est de moins en moins attachée à son quartier, où elle s'y est installée lors de la construction des immeubles. Aujourd'hui, elle connaît de moins en moins de personnes «*ce n'est plus la même chose*». Son territoire de vie est restreint : ayant peur de la foule Laurette évite de sortir. Dans sa carte mentale, elle dessine un groupe d'immeubles, des traits qui représentent le trajet qu'elle parcourt pour faire ses courses. Le peu d'information est ici emblématique du rétrécissement de son territoire de vie et sans doute d'un début de désappropriation territoriale.
(Correspondance)

Avenue de la porte de Vanves ©B.Nader 2011

Planche n°25 : territoire de vie de Jacqueline, 77 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

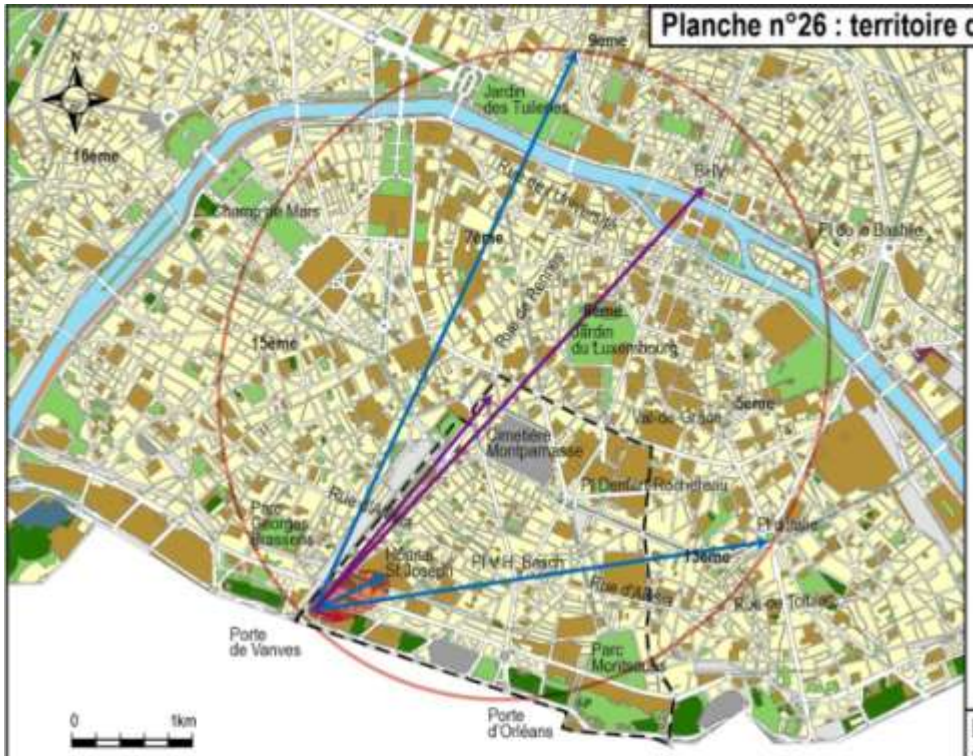


Carte mentale de Jacqueline, type village

Jacqueline a une «assez-bonne» appropriation territoriale, un territoire de vie large. Elle se rend régulièrement dans Paris. Elle représente le quartier dans lequel elle se déplace à pied, c'est-à-dire la porte de Vanves.
Le cercle représentant la place de Vanves apparaît démesuré, symbolisant sa difficulté pour la traverser. Les arbres apportent une note de gaîté et symbolisent son bien-être dans le quartier.
Dynamique elle déclare «*Je veux sortir et bouger !*» *(Correspondance)*

Square Julia Bartet ©B.Nader2008

Planche n°26 : territoire de vie de Lucette, 80 ans



Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Lucette

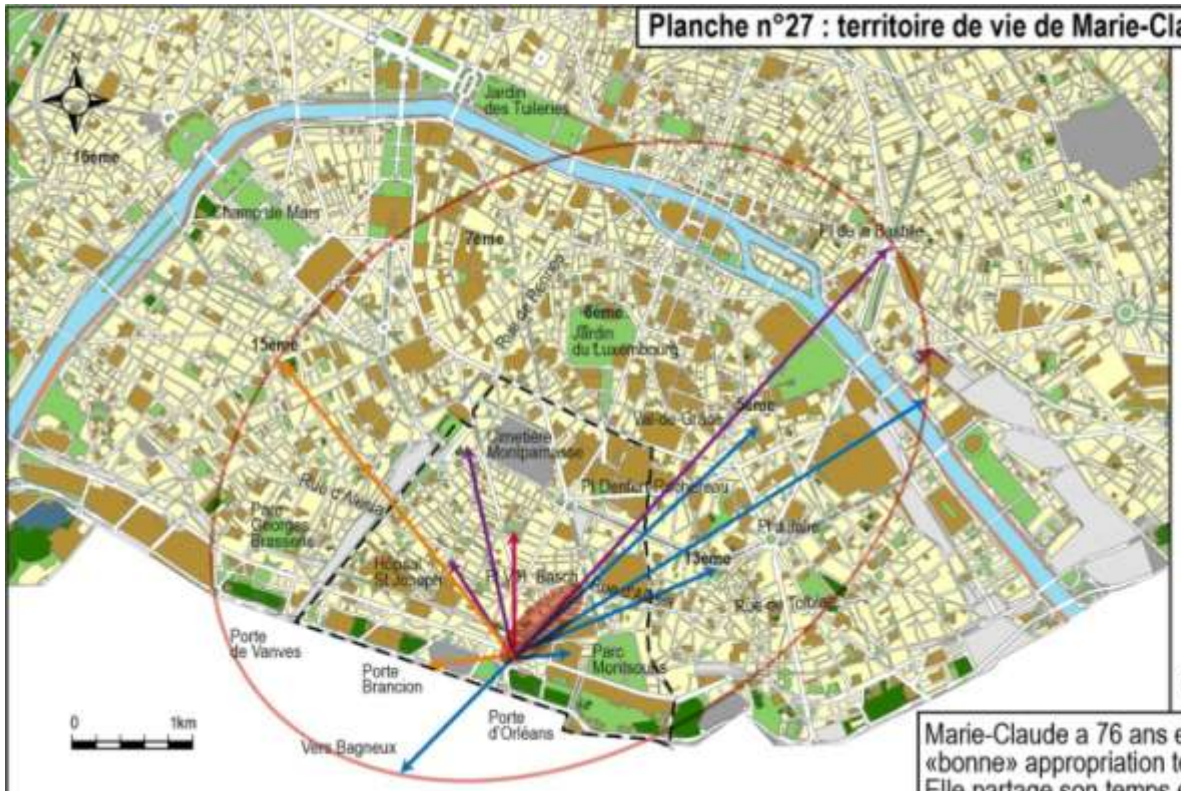
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

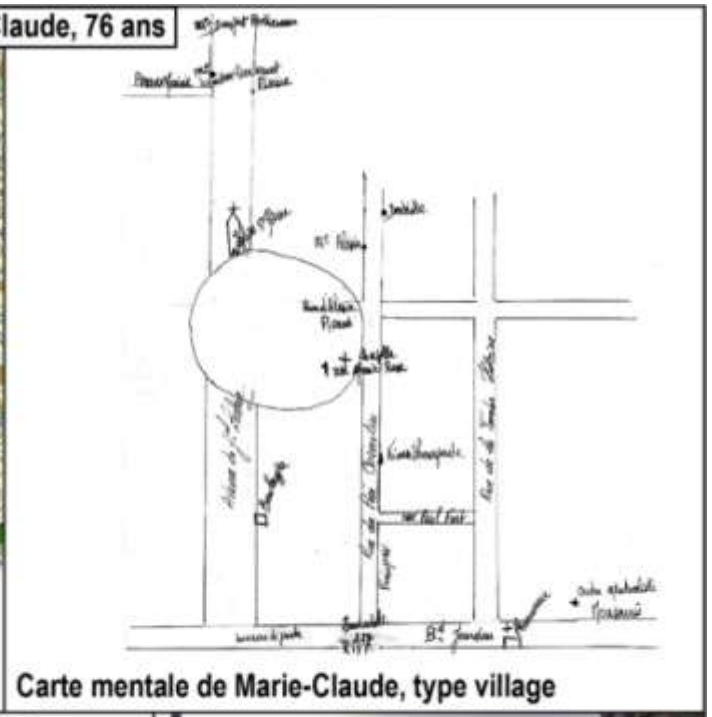
Carte mentale de Lucette, type intimiste

Lucette a 80 ans et une «bonne» appropriation du territoire. Elle seconde son mari très malade et prend peu de temps pour elle. Elle essaye dans la mesure du possible de suivre les cours de Taï Chi à «La Maison Ouverte». Elle se déplace volontiers dans le centre de Paris ou vers la place d'Italie pour les courses irrégulières. Elle évite de sortir le soir «*le quartier a beaucoup changé depuis 1956, j'aurais tendance à m'en détacher, mais où aller ?*» Sa carte mentale est très précise, rien n'est oublié : son îlot s'insère entre deux axes, le périphérique et le tramway. *(Correspondance)*

Place de la Porte de Vanves ©B.Nader 2011

Planche n°27 : territoire de vie de Marie-Claude, 76 ans





Carte mentale de Marie-Claude, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

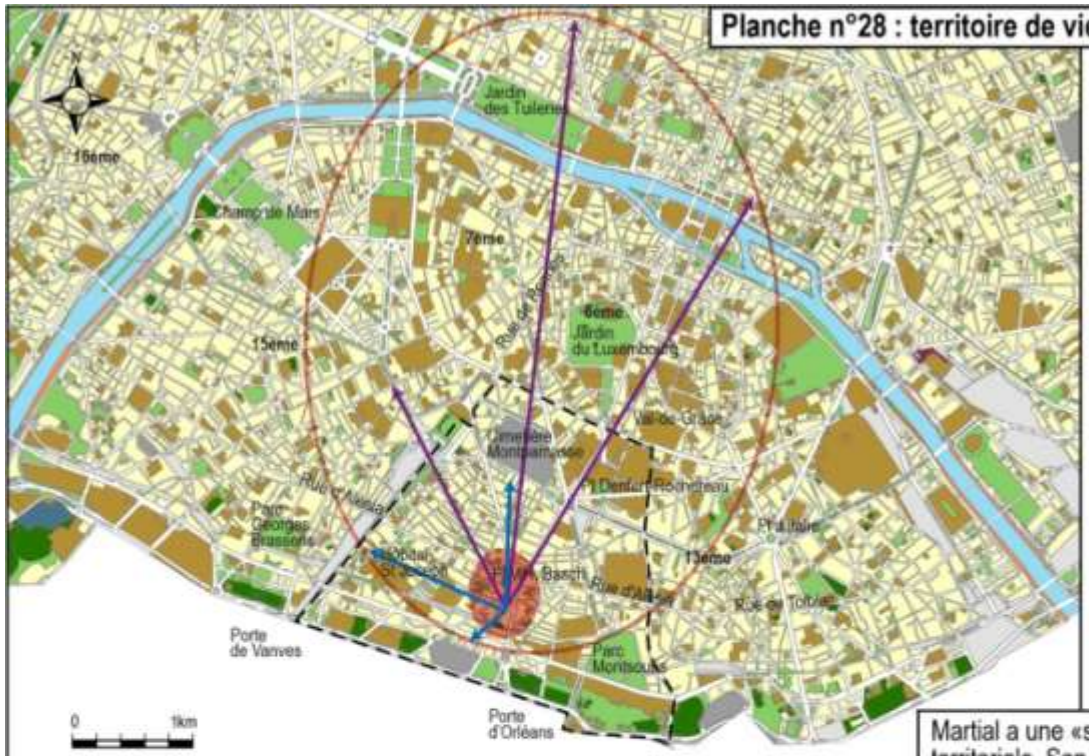
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marie-Claude

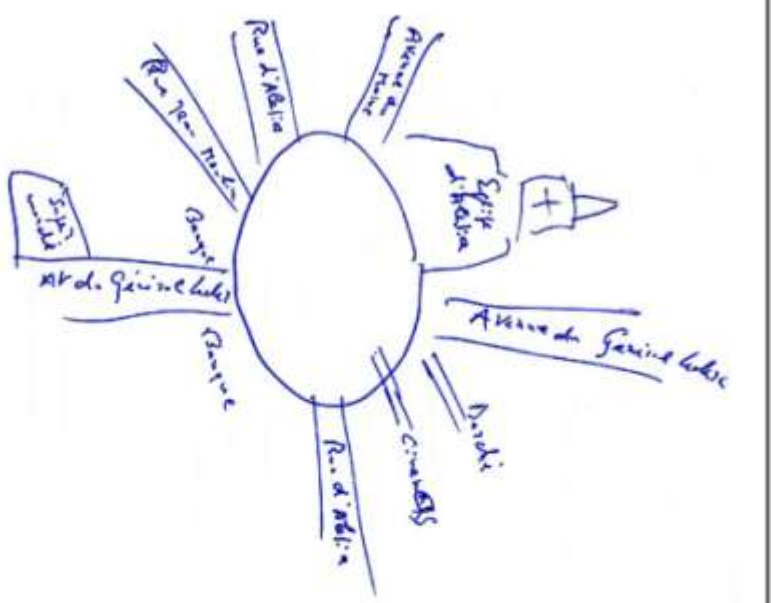
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Marie-Claude a 76 ans et une «bonne» appropriation territoriale. Elle partage son temps entre ses activités sportives et ses amis à la paroisse «*j'ai le plaisir de me rendre utile, de rester dans la société, la vie de tous les jours, rester attentive aux autres, famille, voisins, amis*». Son territoire de vie est à géométrie variable en fonction de ses sociabilités. Elle dessine sur sa carte mentale l'espace qu'elle parcourt à pied : le cercle de la place V.et H. Basch contraste avec le plan géométrique de sa carte.*(Correspondance)*

Avenue du Général leclerc ©B.Nader 2008

Planche n°28 : territoire de vie de Martial, 79 ans





Carte mentale de Martial, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

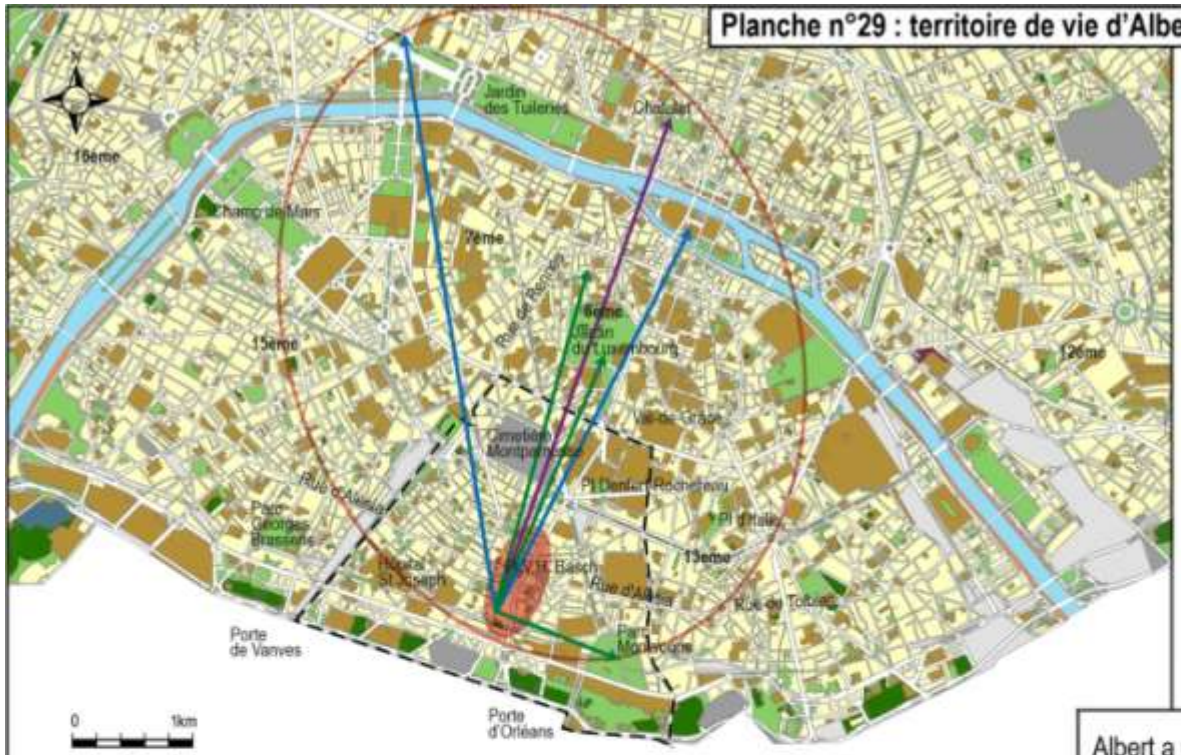
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux soins irréguliers
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Martial

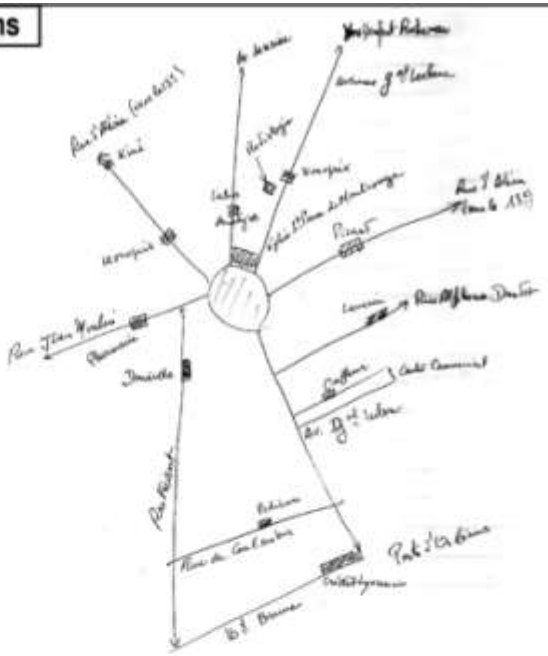
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Martial a une «solide» appropriation territoriale. Son territoire de vie est large, Il se déplace à pied très souvent et prend le métro ou le bus pour se rendre dans le centre de Paris, au BHV, dans le rayon «bricolage», Il est très attaché à son quartier : *«il s'agit d'un quartier très animé et on peut se déplacer facilement par le métro ou les bus.»* Il n'a pas d'activités spécifiques, *«rien de précis, de temps en temps des rencontres avec des amis à l'extérieur»*. Marié, il passe la période estivale en Corse. Sa carte mentale représente la place V. et H. Basch. *(Correspondance)*

Place V. et H. Basch ©B.Nader 2008

Planche n°29 : territoire de vie d'Albert, 82 ans





Carte mentale d'Albert, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

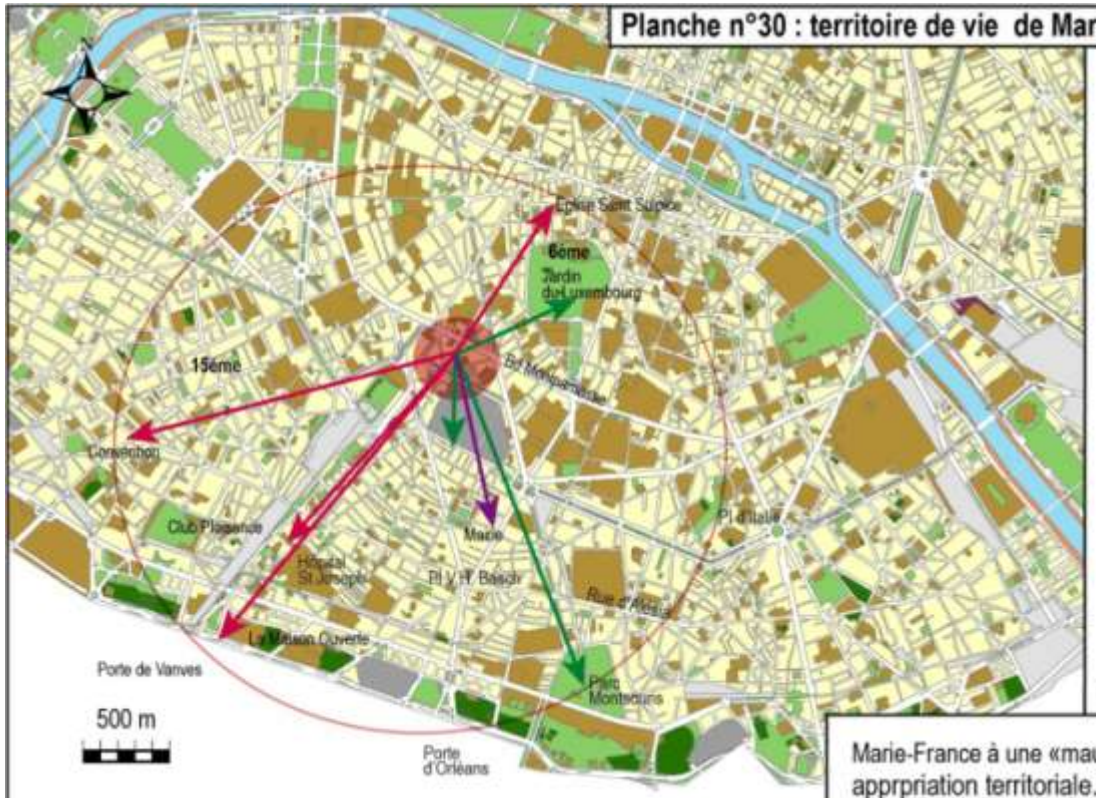
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Albert à géométrie variable, du 14ème au centre de Paris

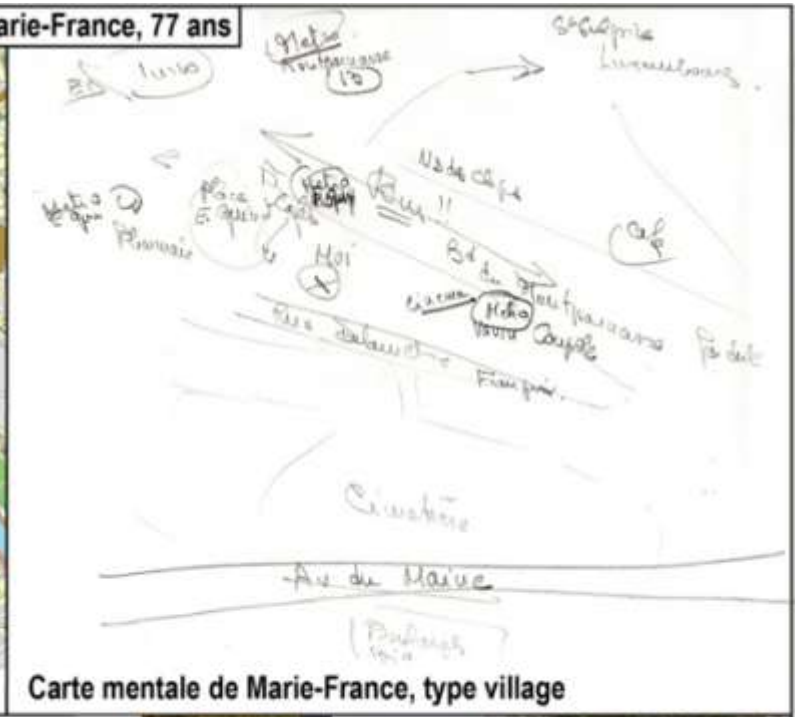
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Albert a une «assez-bonne» appropriation de son territoire de vie. Célibataire, il habite son quartier depuis 10 ans. Albert est attaché à son quartier pour ses commodités qu'il dessine sur sa carte mentale. Il se déplace à pied le plus souvent possible. Son organigramme représente l'axe central de l'avenue du Général Leclerc dont le centre est la place V. et H. Basch. Il part régulièrement en vacances voir sa famille en province.
(Correspondance)

Rue Friant vue de la rue d'Alésia ©B.Nader 2011

Planche n°30 : territoire de vie de Marie-France, 77 ans





Carte mentale de Marie-France, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

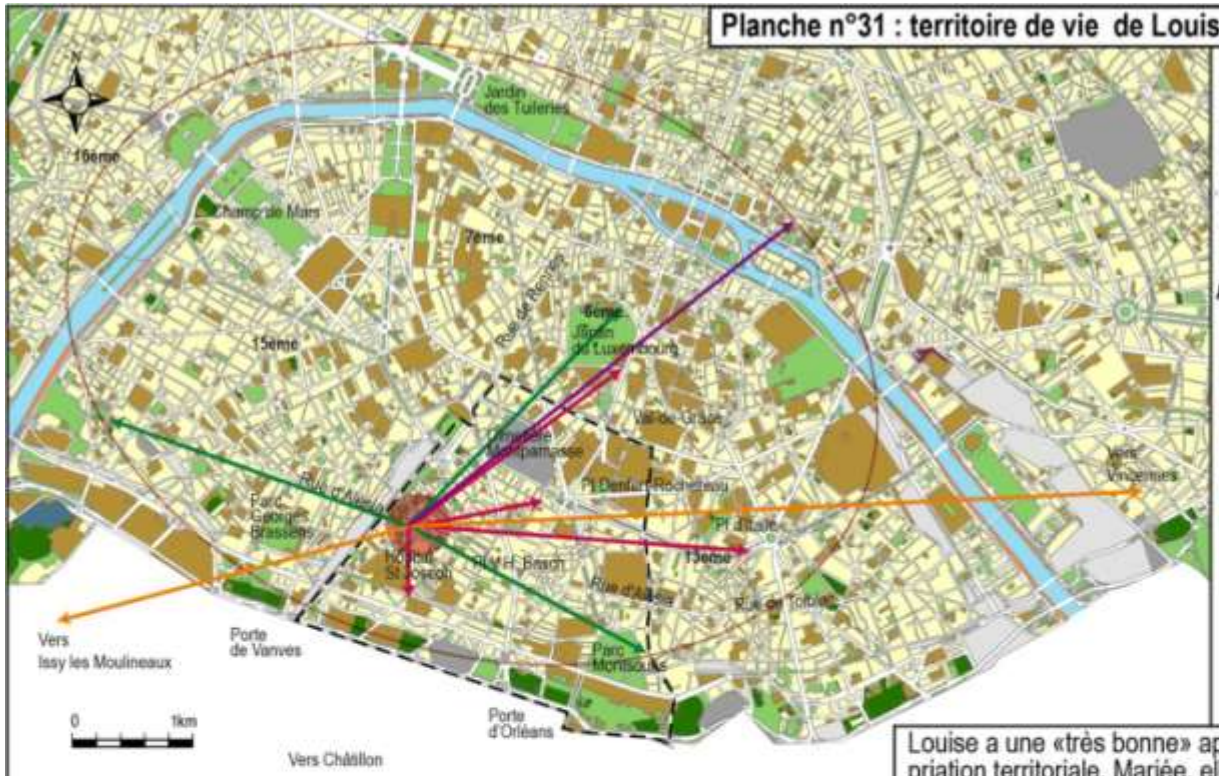
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marie-France

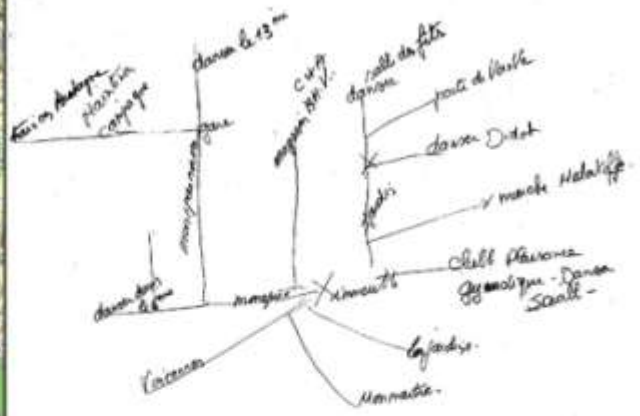
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Marie-France à une «mauvaise» apprpriation territoriale. Bien que son territoire de vie soit large, elle est très sensible à son environnement urbain : l'espace proche de son domicile est perçu comme étant un espace de fracture, contribuant à son isolement. Le bruit, la double circulation des bus boulevard Montparnasse, la circulation l'agressent, la fragilisent et contribuent en partie au rétrécissement progressif de son territoire. *(Entretien)*

Les bus à double sens, boulevard Montparnasse ©B.Nader2011

Planche n°31 : territoire de vie de Louise, 79 ans





Carte mentale de Louise, type espace ouvert

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

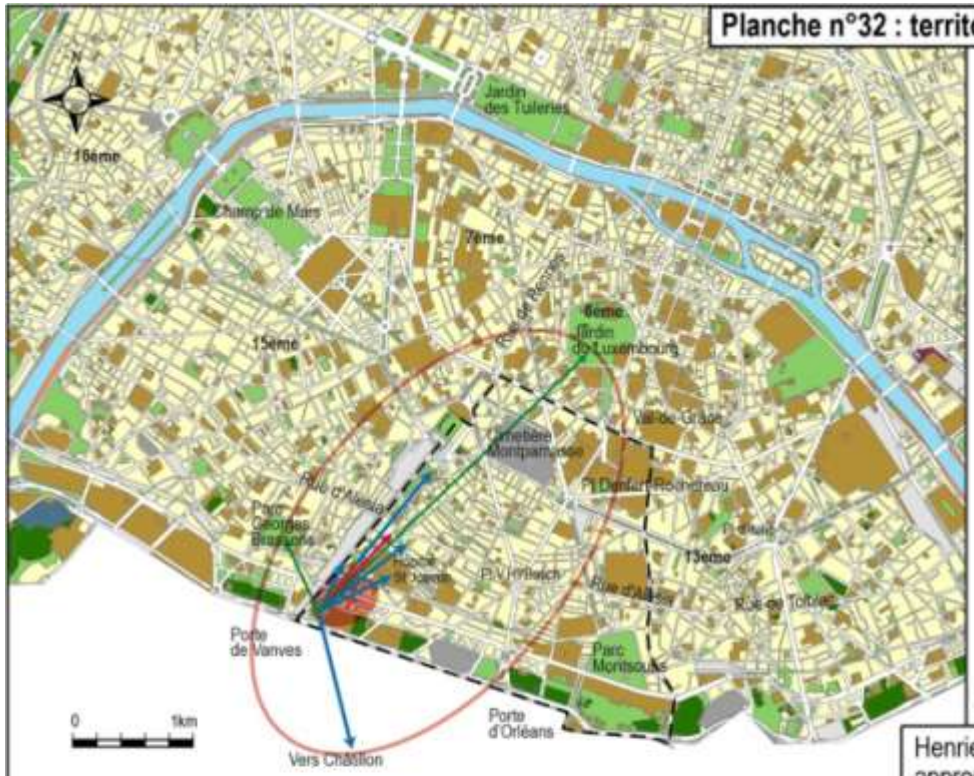
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Louise, à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

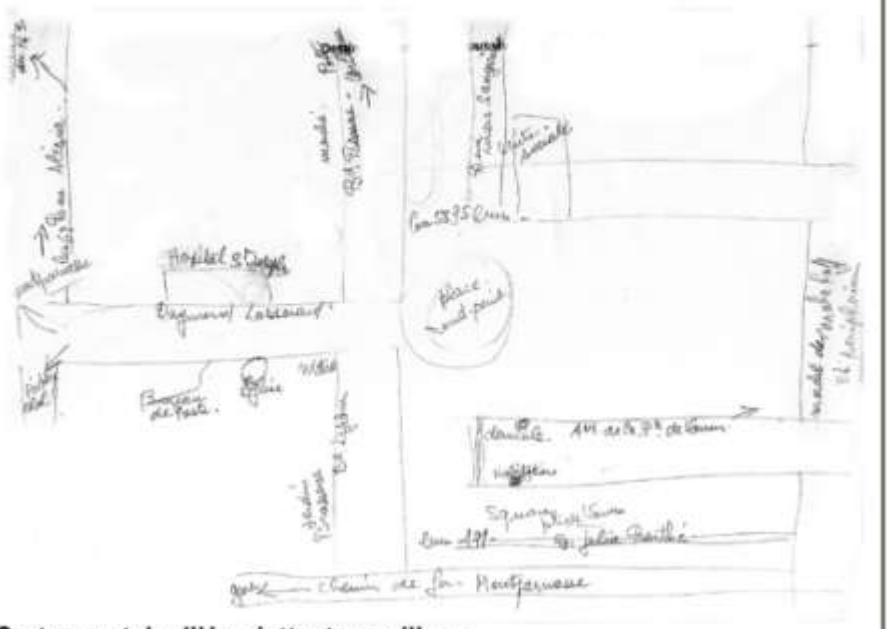
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Louise a une «très bonne» appropriation territoriale. Mariée, elle partage avec son mari la passion de la danse. Mais elle conserve des activités personnelles. «*Nous avons besoin de rencontrer des gens comme nous. J'ai beaucoup d'activité sans mon époux et le soir lorsque nous nous retrouvons, nous avons plaisir à se raconter notre journée !*» Sa semaine est très chargée entre le bal, ses activités au club et ses petits–enfants qu'elle garde le mercredi à Vincennes. Sa carte mentale est un organigramme où Louise indique les lieux de sa participation sociale. *(Entretien)*

Entrée du club Didot-Pompidou ©B.Nader 2008

Planche n°32 : territoire de vie d' Henriette, 80 ans





Carte mentale d'Henriette, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

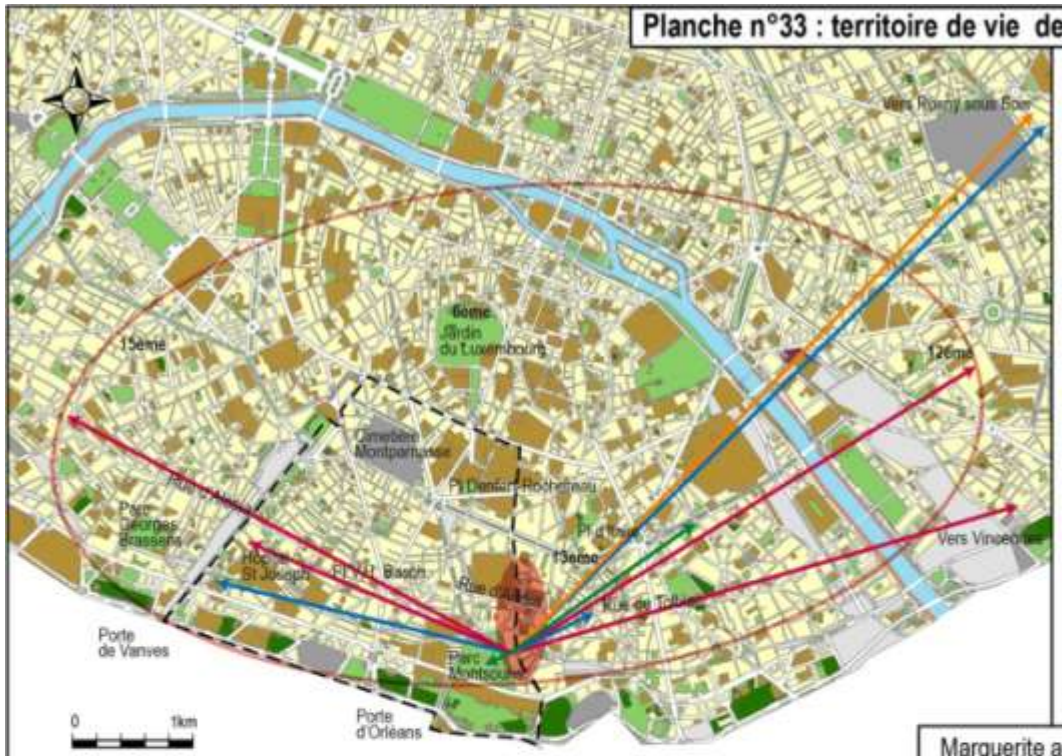
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Henriette à géométrie variable, du 14ème à Châtillon

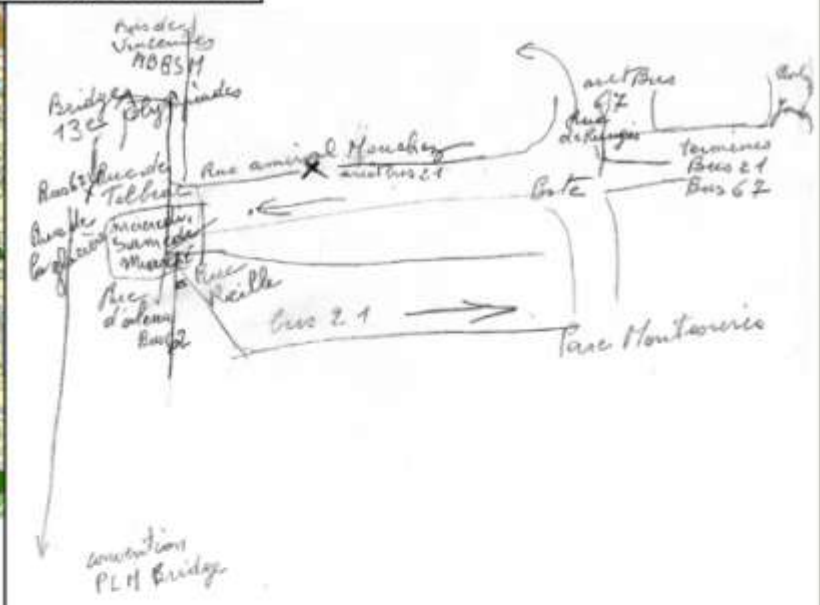
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Henriette a 80 ans et a une «bonne appropriation territoriale». Henriette et mariée et a de nombreux petits-enfants dont certains habitent Alfortville. Elle participe à de nombreuses activités au club Plaisance : atelier mémoire, gymnastique, activités manuelles, le club est sa deuxième maison. Sa carte est très précise : elle dessine le quartier de la Porte de Vanves en y indiquant les commerces de proximité, les moyens de transports. Elle a tout à proximité. Elle est attachée à son quartier car «*c'est le bonheur, tout s'est fait tout seul*». *(Entretien)*

Av. Raymond Losserand ©B.Nader 2006

Planche n°33 : territoire de vie de Marguerite, 78 ans





Carte mentale de Marguerite, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

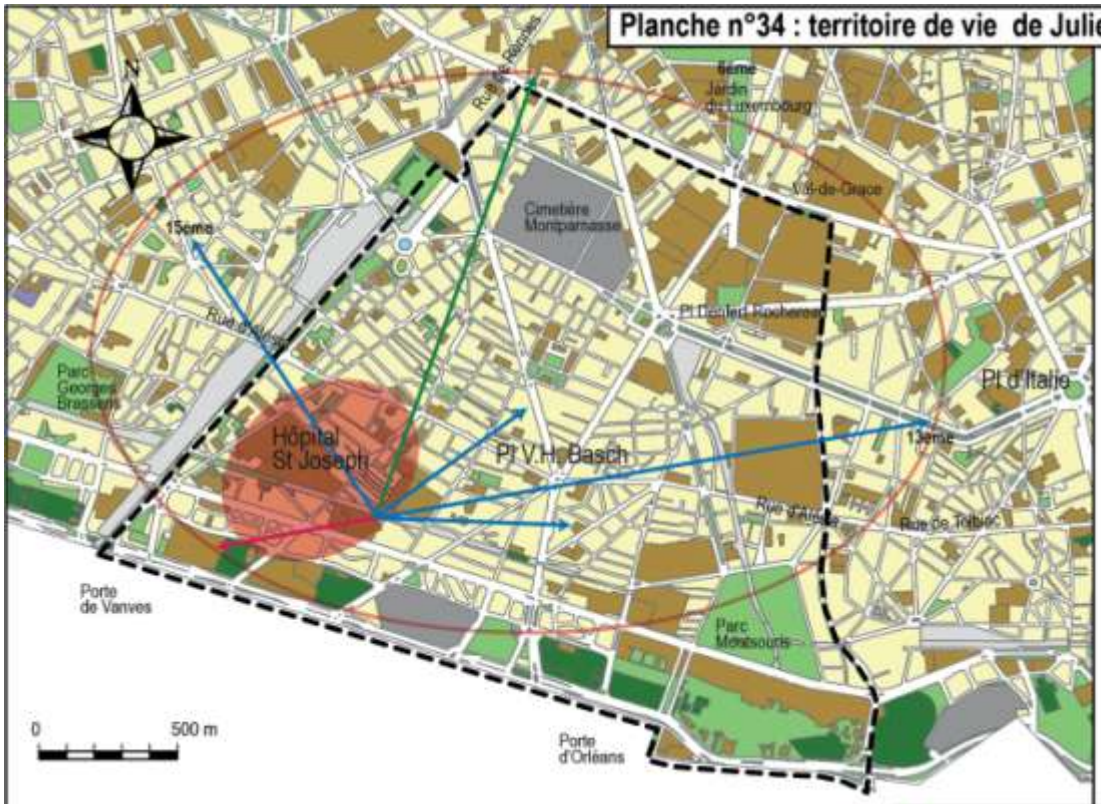
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marguerite à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne.

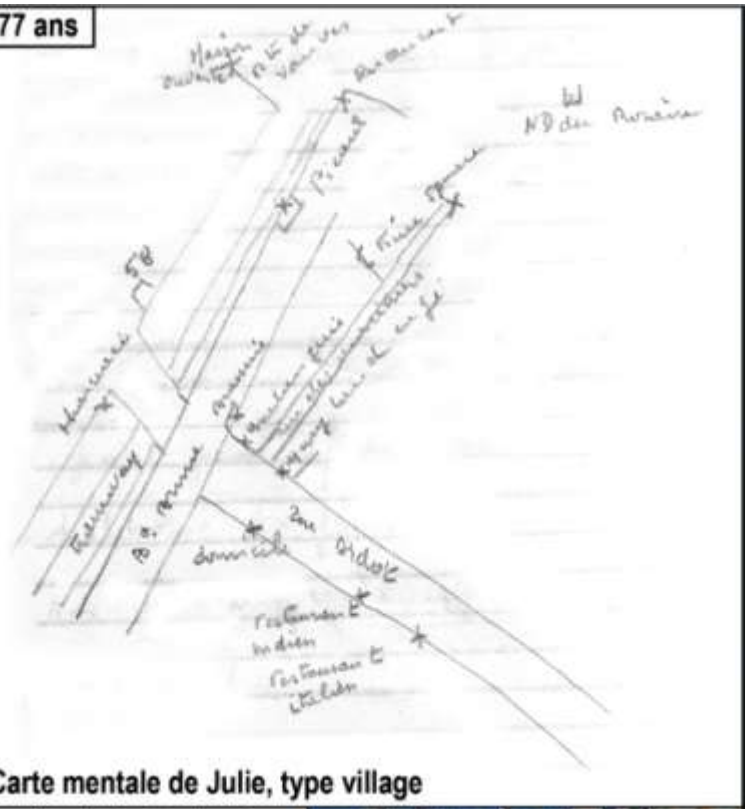
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Marguerite a une «solide» appropriation territoriale. Elle habite dans son quartier depuis 20 ans : elle a tout à proximité, le marché, les commerçants et les bus qui lui permettent de sortir du quartier pour se rendre à ses activités : Marguerite est passionnée de bridge, elle y joue dans plusieurs club (à Vincennes et dans le 15ème). Elle vient également à l'atelier mémoire du club Plaisance. Sur sa carte mentale elle dessine les trajets qu'elle fait en une semaine : sa carte est dynamisée par les flèches qui donnent les directions de ses activités. *(Entretien)*

Carrefour rue d'Alésia / av. Reille ©B.Nader 2011

Planche n°34 : territoire de vie de Julie, 77 ans





Carte mentale de Julie, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

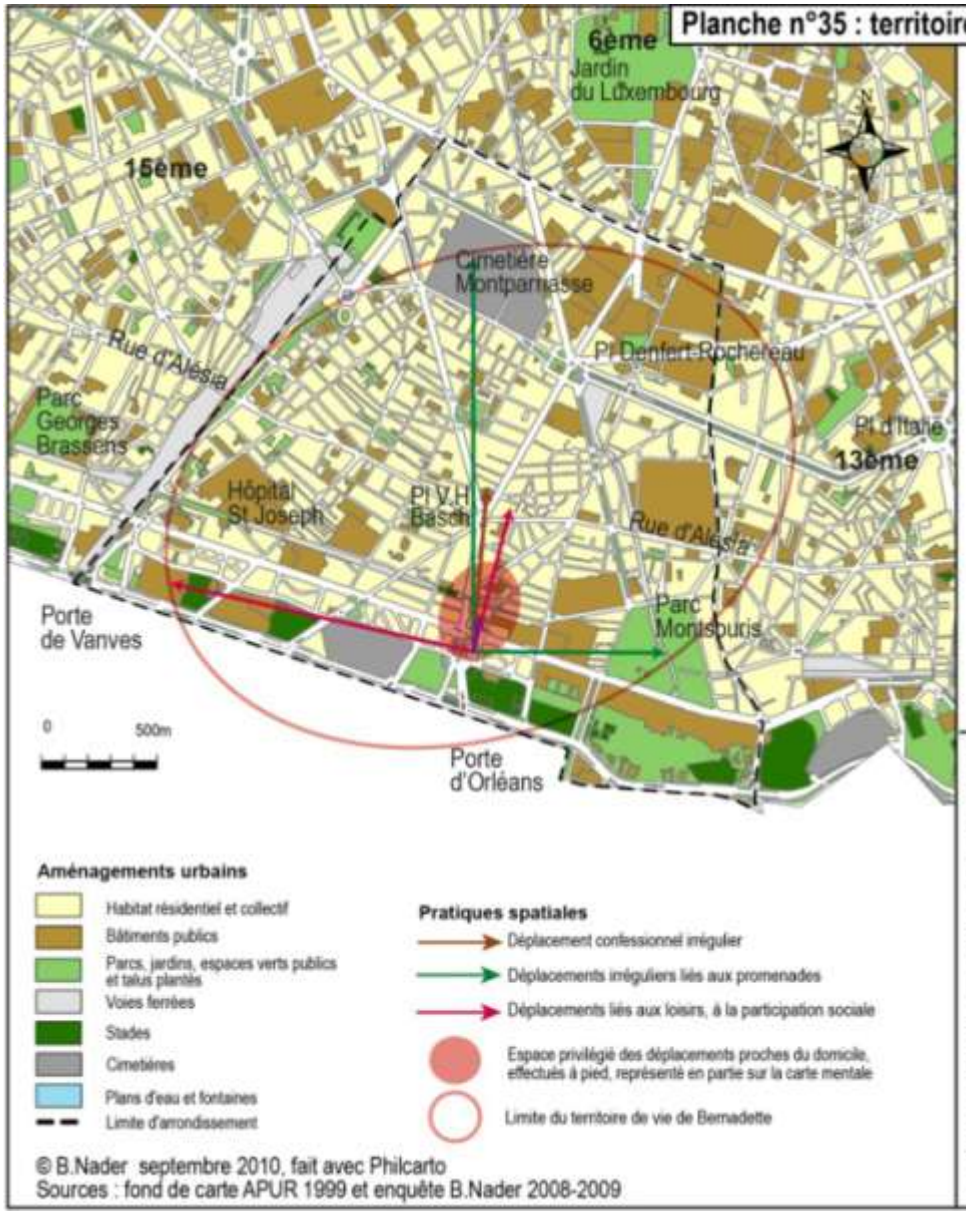
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, dont une partie est représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Julie

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

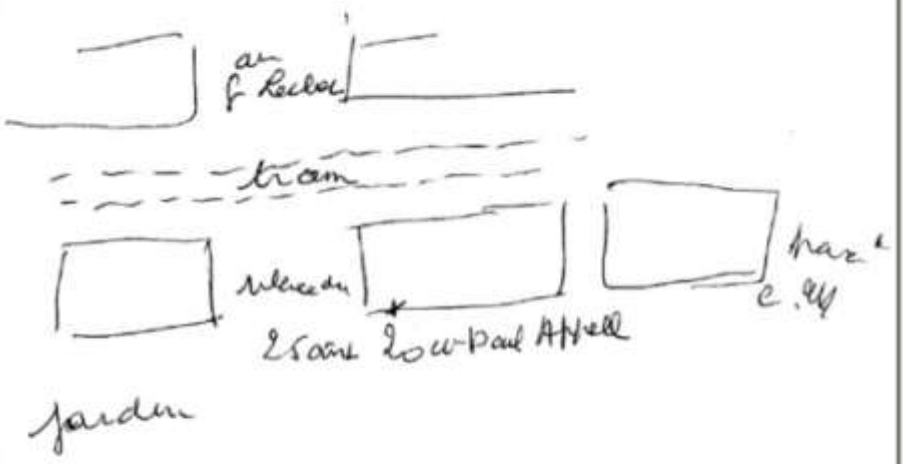
Julie a une appropriation du territoire «fragile». De nombreux problèmes de santé et des difficultés pour marcher la fragilisent. Le tram lui fait peur, elle évite de le prendre et préfèrent le bus 58. Son territoire de vie s'étend dans Paris lors de ses visites médicales. Elle vient se ressourcer à la «Maison Ouverte» où elle se sent écoutée. Elle y vient pour avoir de la compagnie et pour sortir de chez elle car elle ne se plaît pas dans son appartement et de fait n'est pas attachée au quartier qu'elle trouve trop populaire. Sur sa carte mentale, elle dessine avec précision les lieux où elle se déplace en les cochant par une croix, en particulier les restaurants indien et italien où elle aime y déjeuner pour voir du monde. *(Entretien)*

Boulevard Brune ©GP/NN 2011

Planche n°35 : territoire de vie de Bernadette, 88 ans



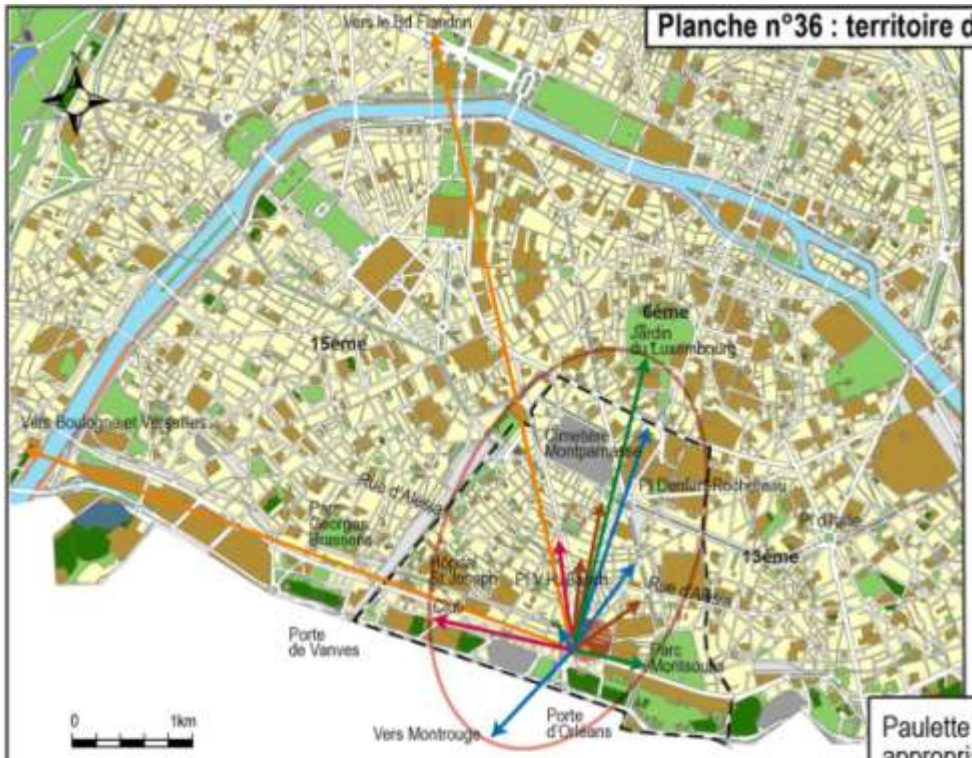
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

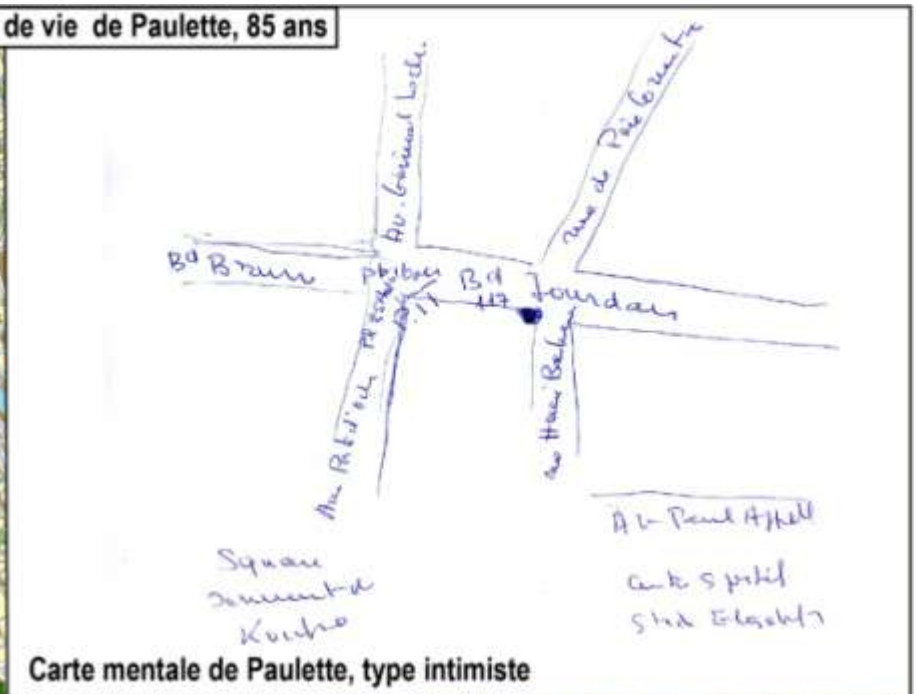


Carte mentale de Bernadette, type intimiste

Bernadette a 88 ans et une «assez bonne» appropriation territoriale. Elle habite à la même adresse depuis 60 ans : «*je m'y plais vraiment et j'ai toutes les facilités pour y vivre.*» Elle participe plusieurs fois par semaine aux activités de «La Maison Ouverte» où elle apprécie «*les rencontres amicales*». Sa carte mentale représente le carrefour de la porte d'Orléans : peu de détails mais elle note le parc Montsouris et un «jardin» qui correspond à un square où elle aime «*prendre l'air*». *(Correspondance)*

Planche n°36 : territoire de vie de Paulette, 85 ans





Carte mentale de Paulette, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

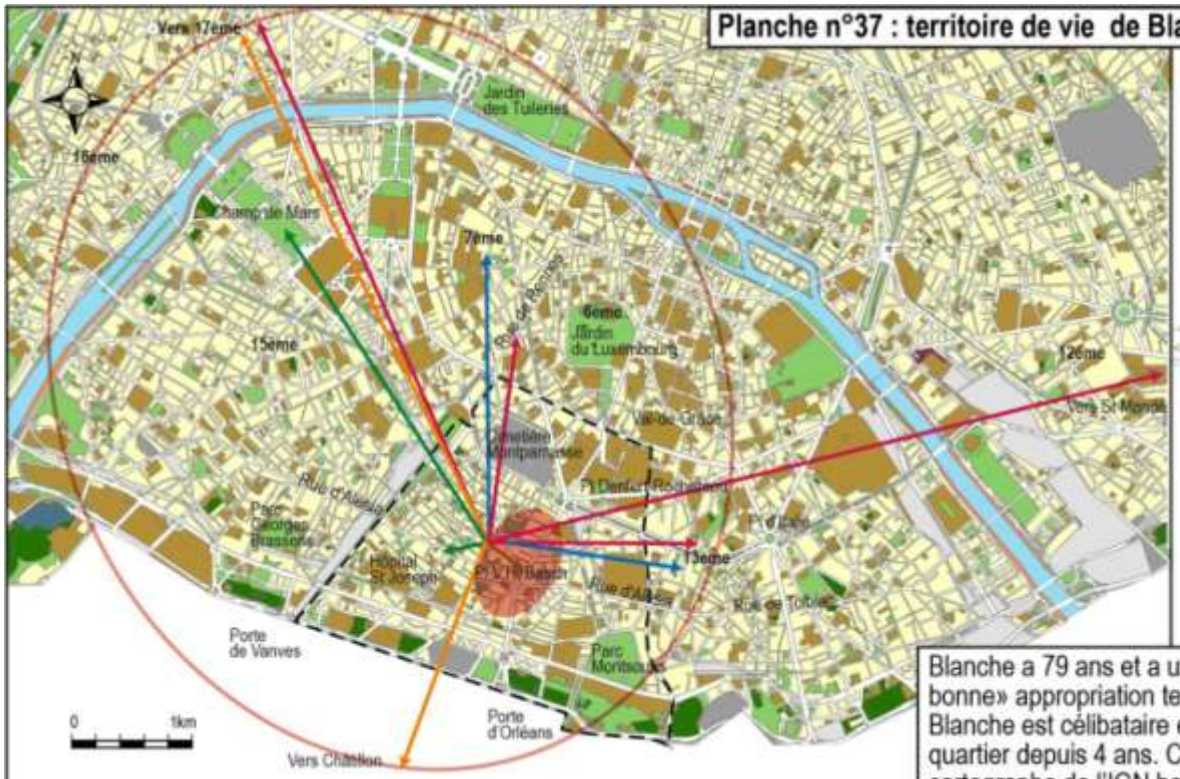
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Paulette, visible sur la carte mais qui s'étend en banlieue

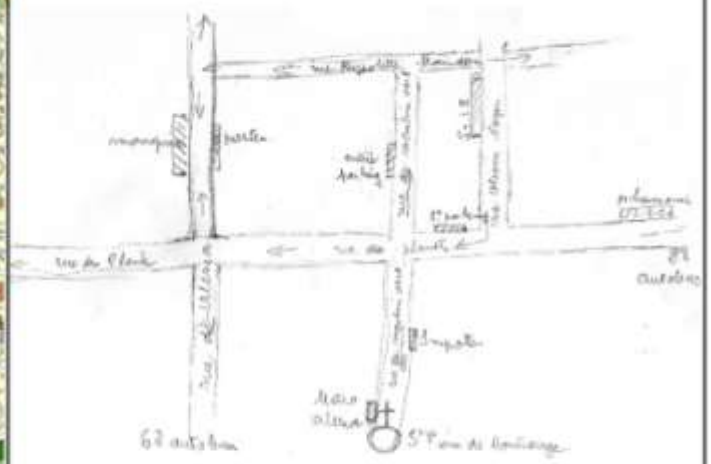
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Paulette a une «assez bonne» appropriation du territoire. Elle est très active. Entre les bus et le tramway de la porte d'Orléans, elle se déplace en transport en commun presque chaque jour. Cette proximité des transports en commun lui permet d'avoir d'aller régulièrement aux activités confessionnelles et récréatives et de se déplacer en banlieue pour rendre visite à sa famille. Son territoire est large. Elle représente sur sa carte mentale le carrefour de la porte d'Orléans d'où partent tous les moyens de transport. *(Entretien)*

Porte d'Orléans ©B.Nader 2011

Planche n°37 : territoire de vie de Blanche, 79 ans





Carte mentale de Blanche, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

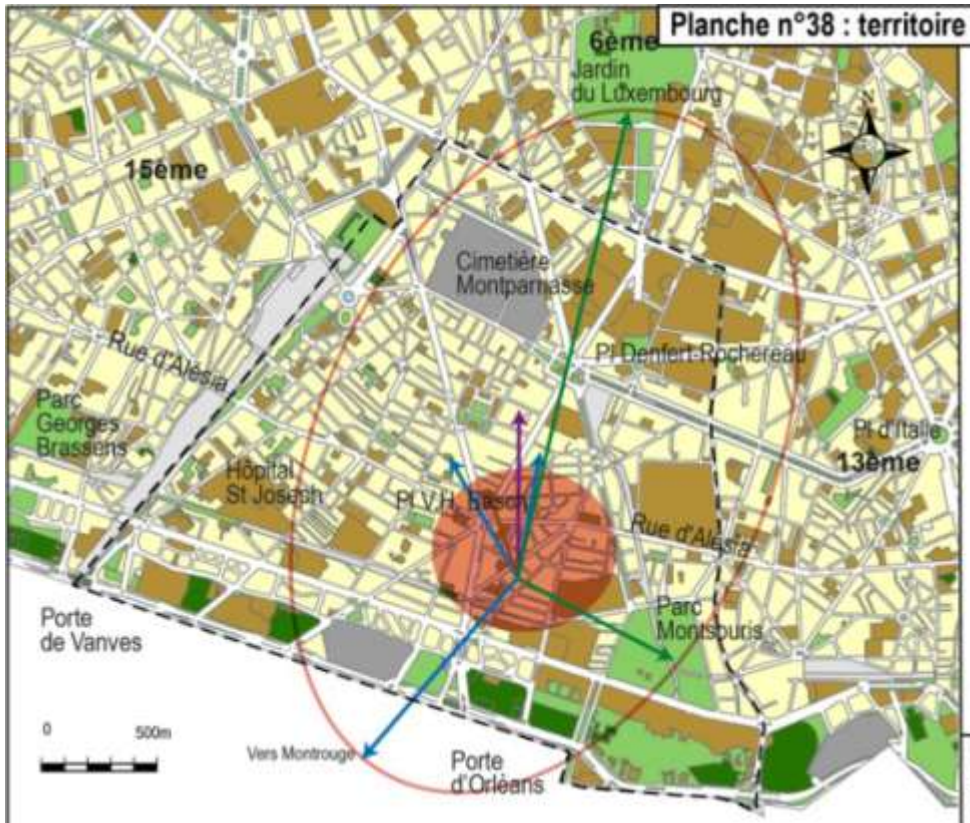
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Blanche à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Blanche a 79 ans et a une «assez-bonne» appropriation territoriale. Blanche est célibataire et habite le quartier depuis 4 ans. Cette ancienne cartographe de l'IGN habitait auparavant avec sa mère. A son décès, elle a dû déménager : « *j'ai quitté mon village où j'ai vécu 70 ans… Au début, je ne savais pas si j'allais m'adapter, l'église m'a beaucoup aidé.*» Elle dessine son quartier très précisément : on peut suivre son trajet à l'aide des flèches. Ce quartier «village» est le socle de sa résilience. Son territoire de vie est à géométrie variable : elle a conservé des contacts avec ses anciennes collègues de travail à Vincennes. *(Entretien)*

Rue du Moulin Vert ©B.Nader 2008

Planche n°38 : territoire de vie de Marie, 86 ans



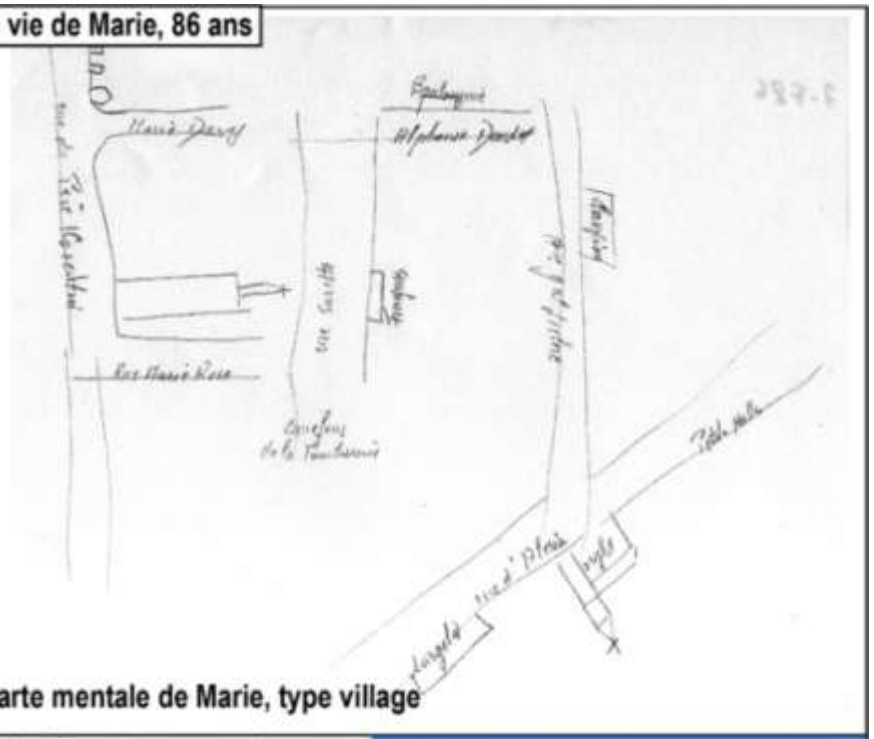
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marie

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

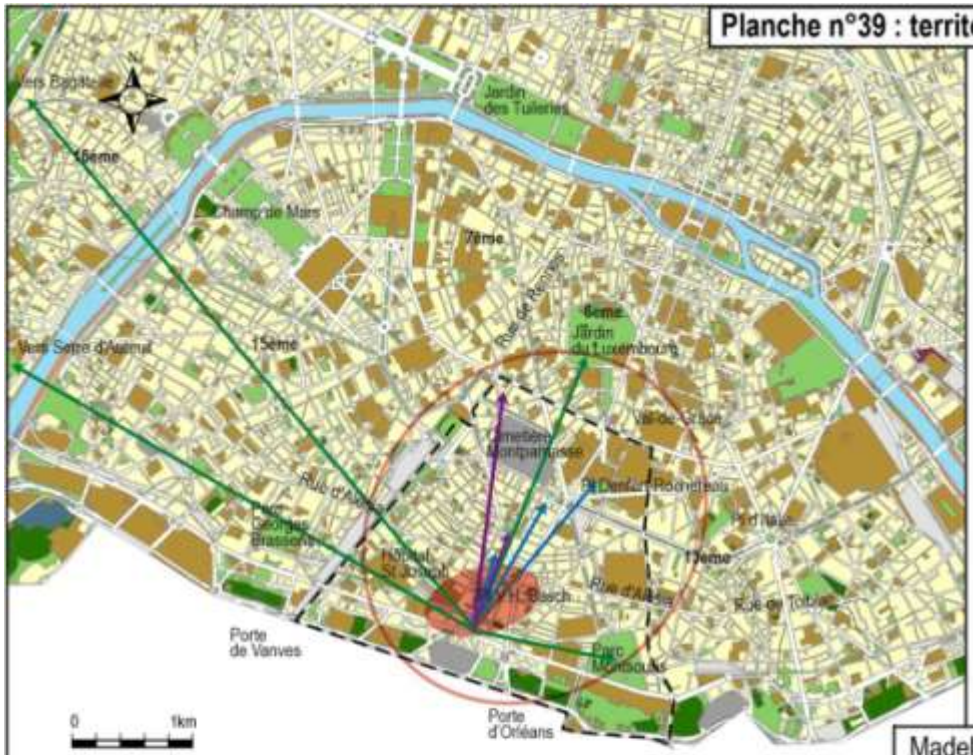


Carte mentale de Marie, type village

Marie a 86 ans et une «assez bonne» appropriation territoriale. Elle habite le 14ème depuis 7 ans. Elle s'occupe de ses petits-enfants et aide souvent sa fille en mauvaise santé. Marie s'est habituée à son quartier et apprécie la proximité de la paroisse où elle vient à l'atelier tricot. «*Je voulais faire quelque chose d'utile, avec des personnes de mon âge. On a besoin de faire quelque chose, c'est nécessaire pour réagir, pour poursuivre*». Sa carte mentale représente un village où les principaux repères sont les églises qui sont le socle de sa participation sociale. *(Entretien)*

Eglise St Pierre de Montrouge ©GP/NN 2011

Planche n°39 : territoire de vie de Madeleine, 75 ans



Carte mentale de Madeleine, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

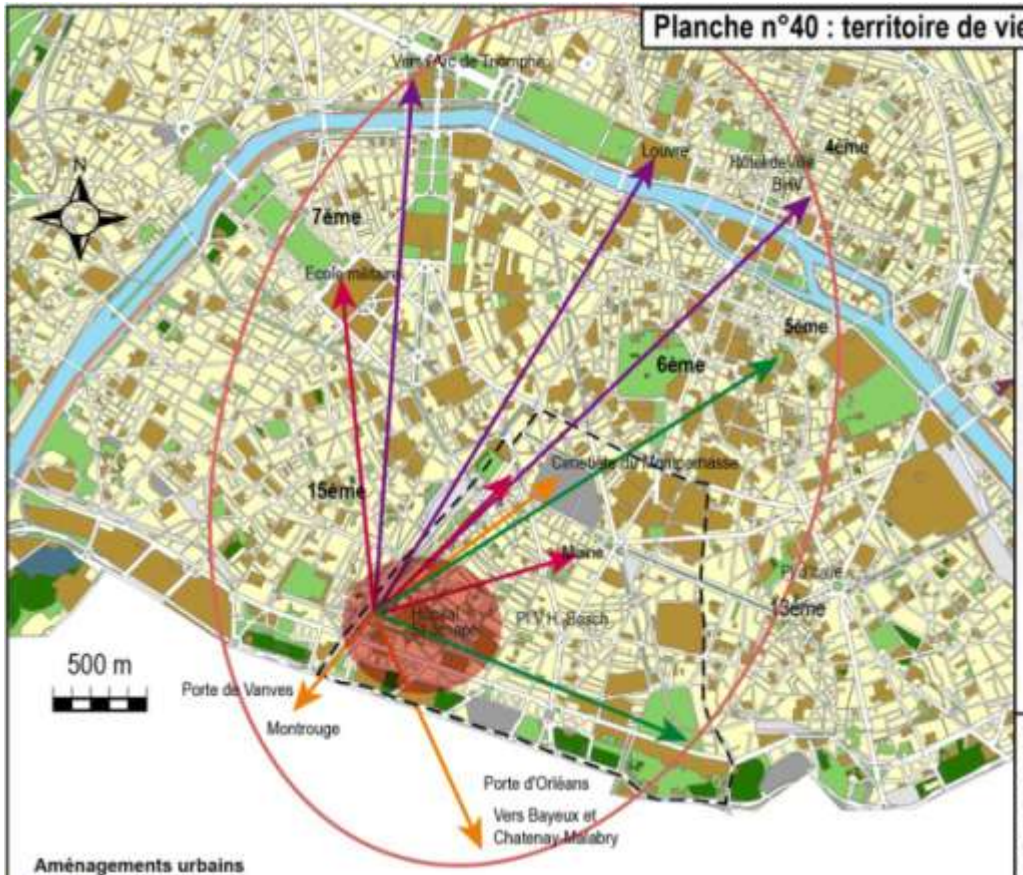
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Madeleine à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Madeleine a 75 ans, elle vit avec sa petite sœur qui travaille encore. Elle a une «assez-bonne» appropriation territoriale. Très timide, Madeleine a cependant tissé des liens avec les personnes de l'atelier tricot à la Paroisse. Elle est très attachée à son quartier «*par les souvenirs d'enfance, le patronage de l'Abbé Guédon. J'aurais du mal à aller ailleurs, c'est mon village*». Madeleine dessine un plan de son quartier avec les commerces de proximité et les lieux de convivialité. La crêperie représente le déjeuner du dimanche avec sa sœur . *(Entretien)*

Petite ceinture ©B.Nader 2008

Planche n°40 : territoire de vie d'Odette, 77 ans



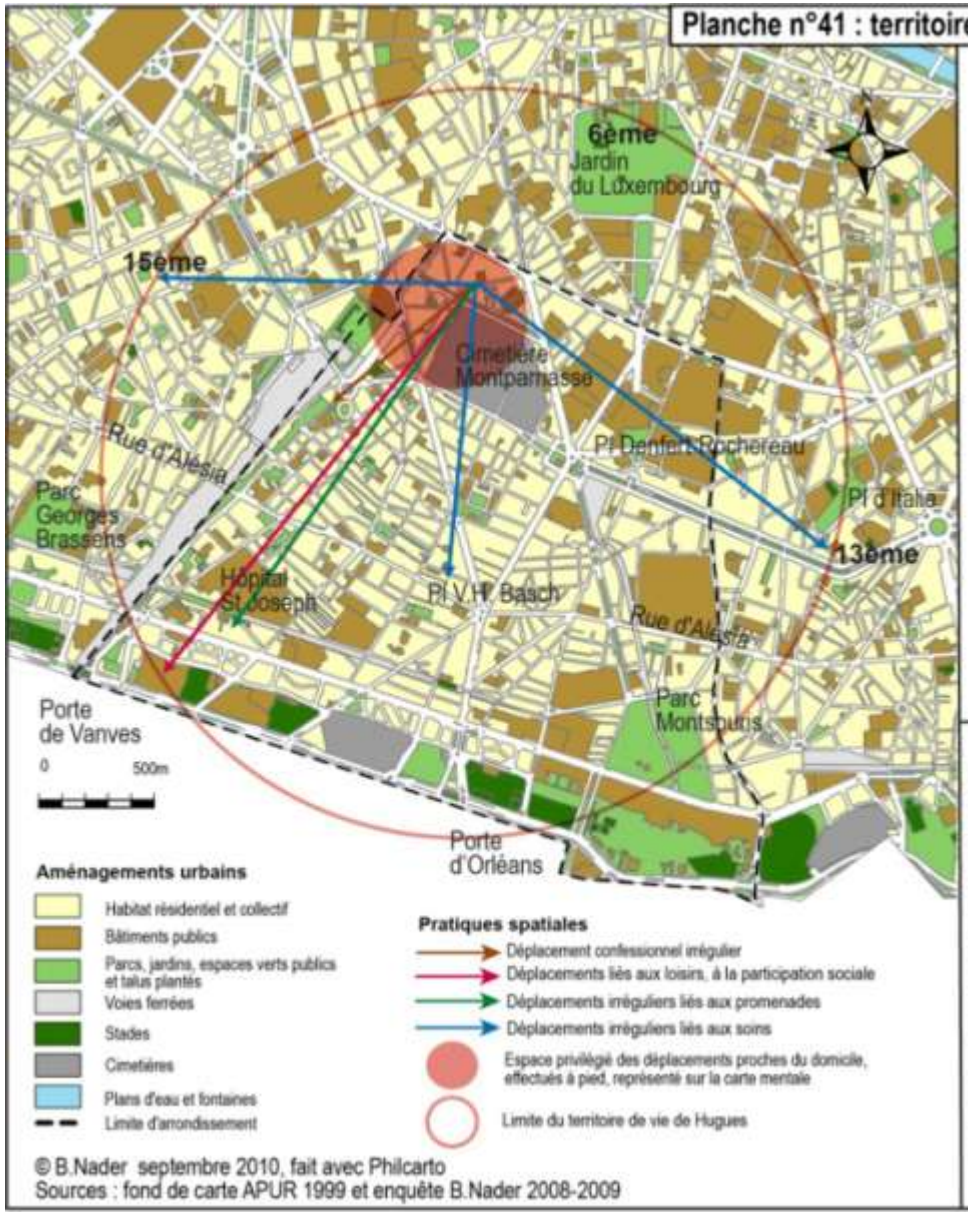
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale d'Odette, espace ouvert

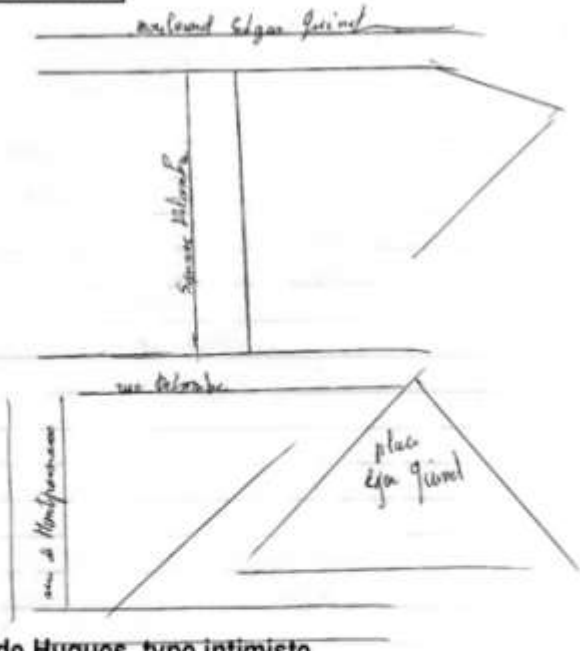
Odette a une «une très bonne» appropriation territoriale. Elle a repris les activités d'ancien combattant de son mari. Sa participation sociale active et ses liens familiaux contribuent à élargir son territoire. Sa carte mentale est un organigramme représentant des lieux toujours associés à ses liens sociaux : ses relations socio-spatiales sont le socle de sa qualité de vie. *(Entretien)*

Avenue de la porte de Vanves © B.Nader, septembre 2008

Planche n°41 : territoire de vie de Hugues, 79 ans



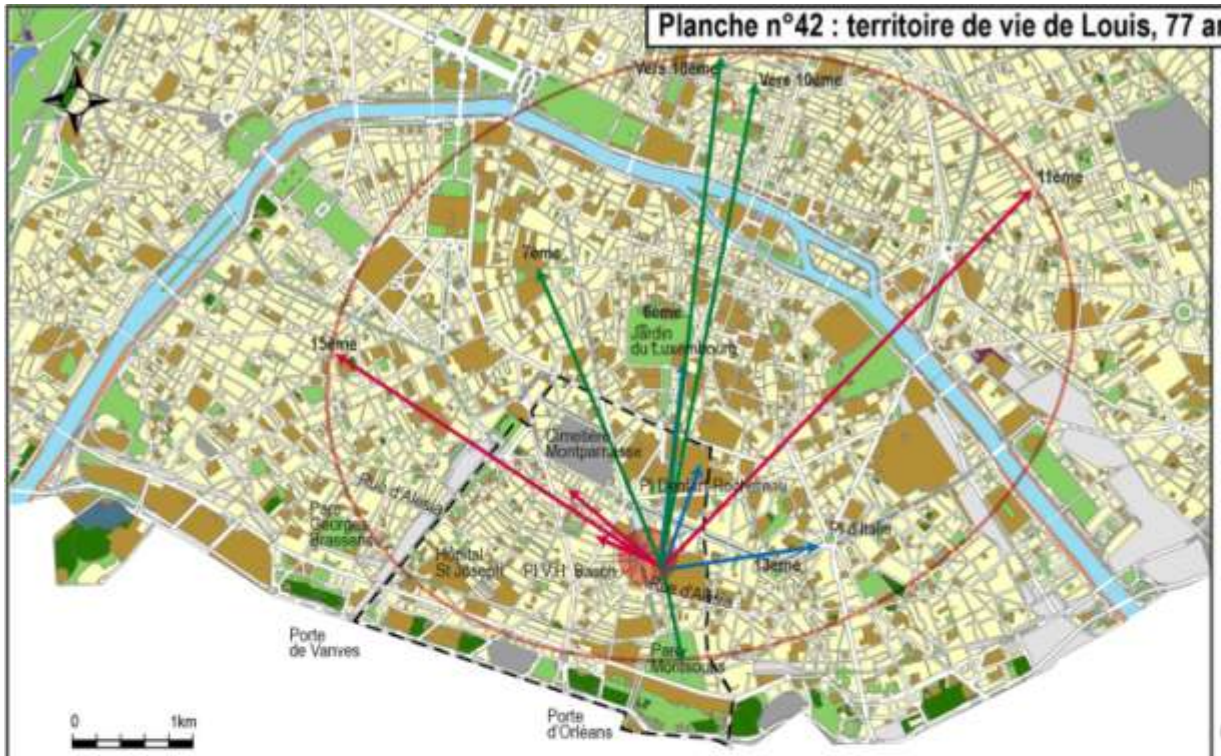
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

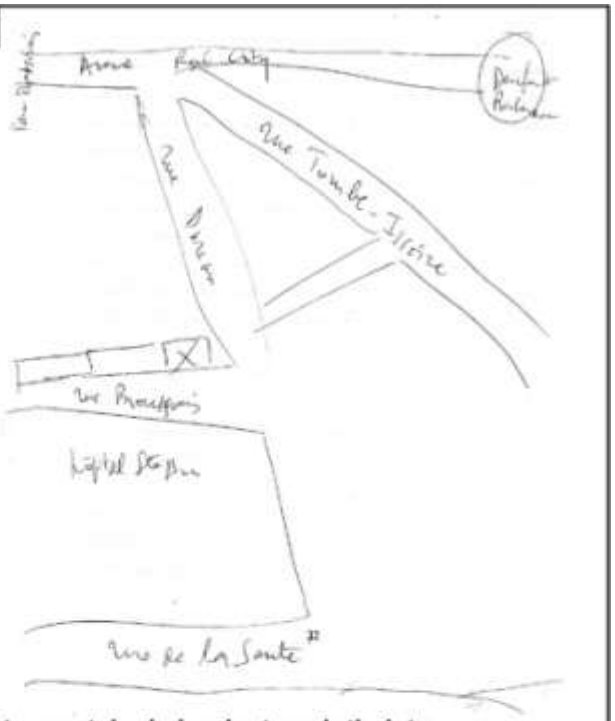


Carte mentale de Hugues, type intimiste

Hugues a 79 ans et une «bonne» appropriation territoriale. Marié, il a une double résidence et part souvent dans sa maison de campagne. Il participe régulièrement aux activités de l'association «La Maison Ouverte». Il se déplace à pied le plus possible pour se maintenir en forme. Sa carte mentale est très sommaire de type intimiste.
(Correspondance)

Planche n°42 : territoire de vie de Louis, 77 ans





Carte mentale de Louis, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

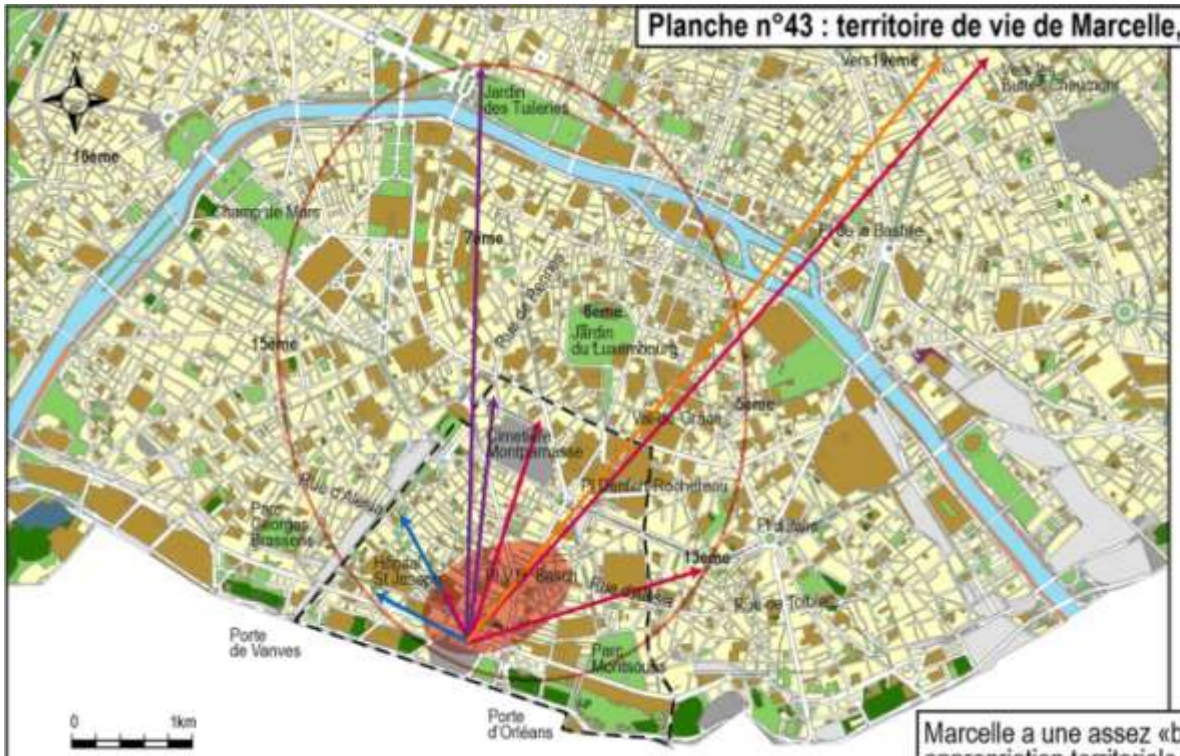
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Louis

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

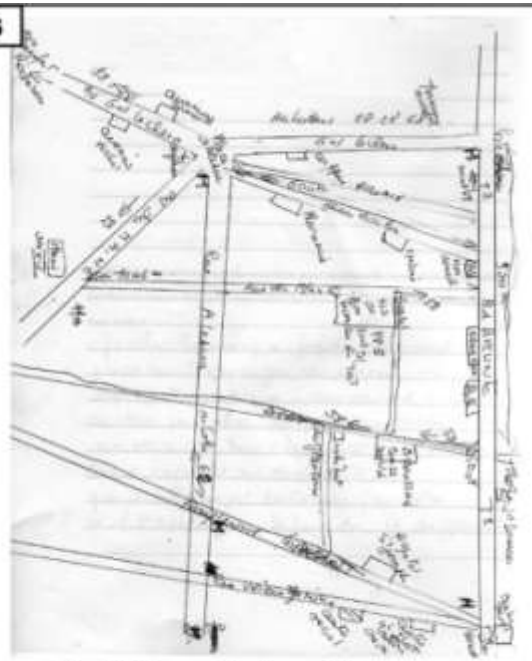
Louis a une «bonne» appropriation territoriale. Militant depuis toujours, il est très investi dans le syndicalisme, le conseil de quartier et le CICA de l'arrondissement. Son engagement citoyen lui fait parcourir Paris. Il a conservé ses habitudes d'actif et se rend chez le coiffeur dans le 18ème. Sa carte mentale est très sommaire, il dessine un plan simple avec les noms de rues et quelques repères comme la place Denfert Rochereau et l'hôpital Ste Anne.
(Correspondance)

Place Denfert Rochereau ©B.Nader 2011

Planche n°43 : territoire de vie de Marcelle, 86 ans



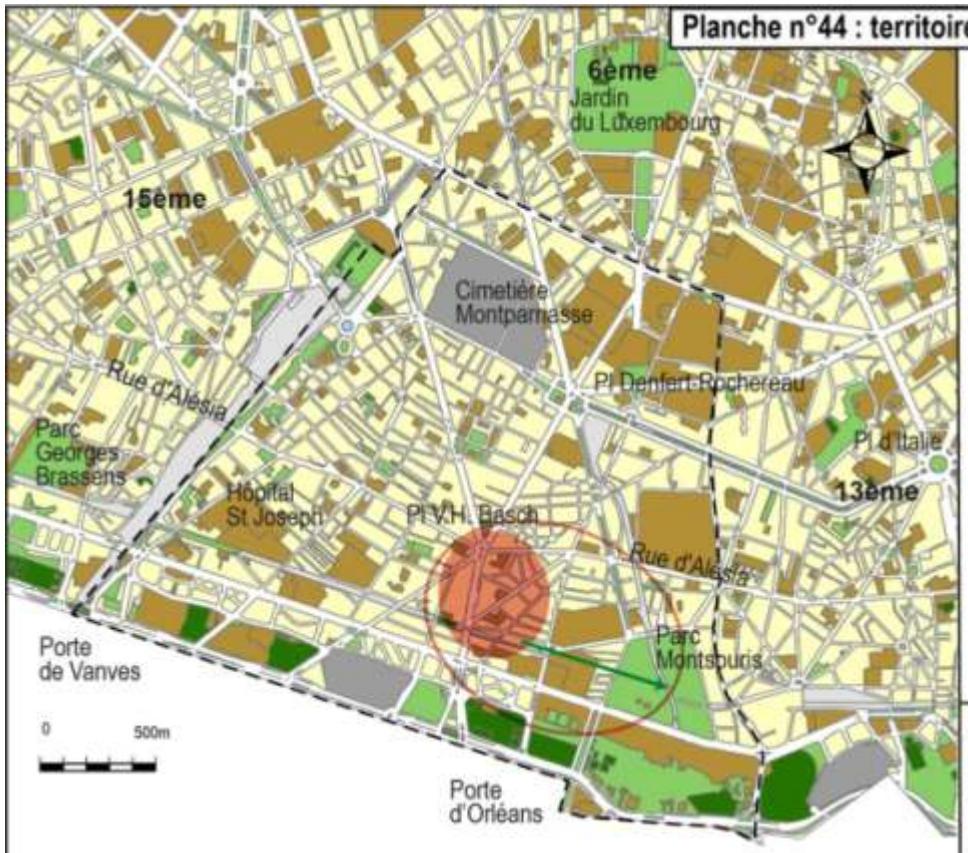
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



Carte mentale de Marcelle, type village

Marcelle a une assez «bonne» appropriation territoriale. A 86 ans, Marcelle parcourt le 14ème avec une grande vitalité : bénévole au Point Paris Emeraude, militante syndicaliste, elle n'oublie pas de prendre du temps pour le yoga et l'aquagym. Elle marche beaucoup n'aimant pas attendre trop longtemps le bus. Sa carte mentale est un plan très précis de la partie du 14ème qu'elle parcourt régulièrement. Elle y indique des repères, le sens des trajets des bus et les distances. Elle habite dans ce quartier depuis son expulsion en 1990 de la rue Vercingétorix, elle l'aime bien «*sans plus*».
(Correspondance)

Planche n°44 : territoire de vie de Laurence, 87 ans



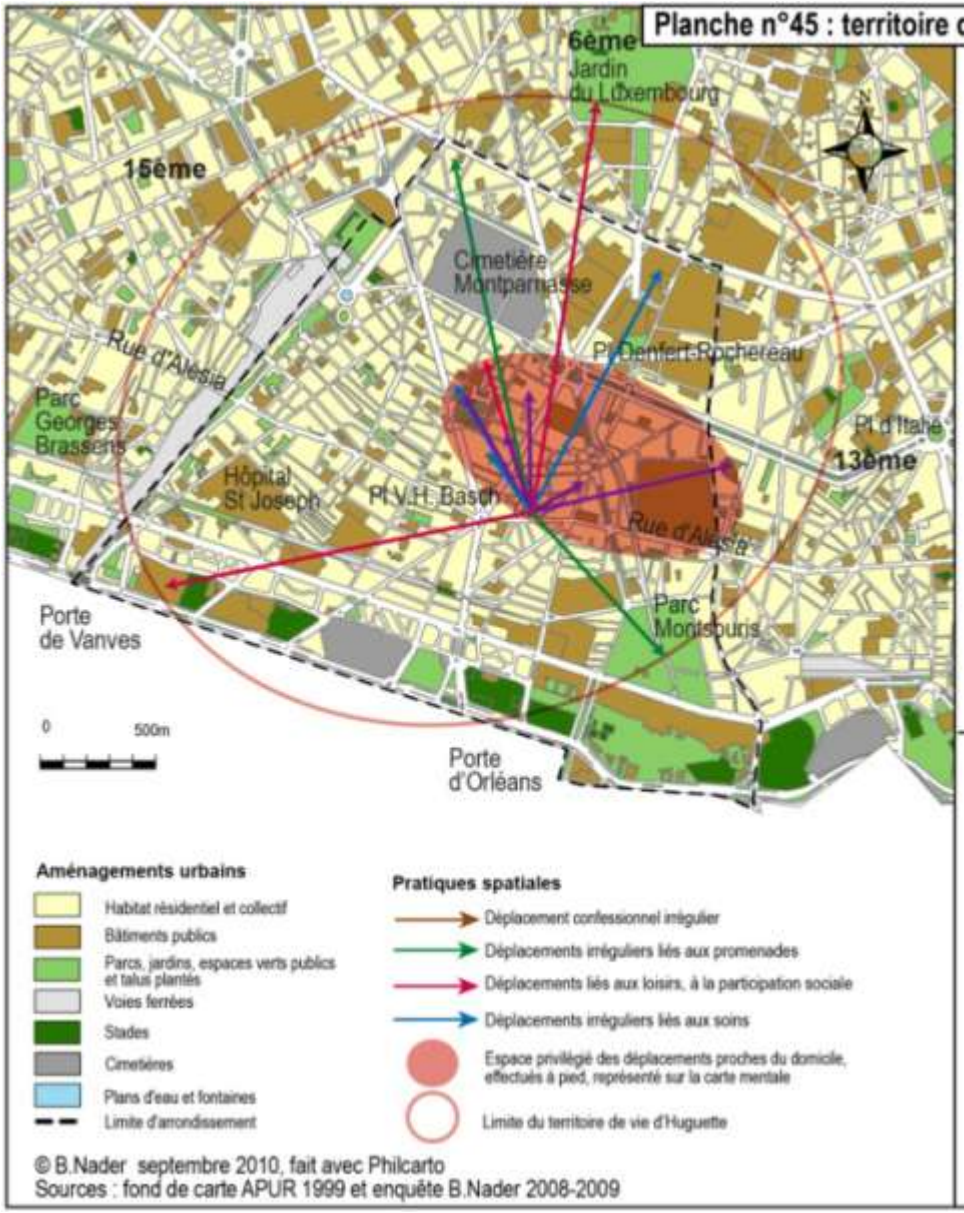
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale de Laurence, type intimiste

Laurence a 87 ans et une «mauvaise» appropriation territoriale. Elle habite dans la résidence-services Beaunier depuis 5 ans. Elle y est par obligation, elle ne pouvait plus rester seule. Laurence se déplace avec un déambulateur dans le quartier : elle fait très attention aux trous dans la chaussée. Elle est souvent gênée par les motos mal garées sur les trottoirs. Elle aime bien le quartier mais non la résidence.
(Entretien)

Commerces, Av. du Général Leclerc ©B.Nader 2008

Planche n°45 : territoire de vie d'Huguette, 77 ans



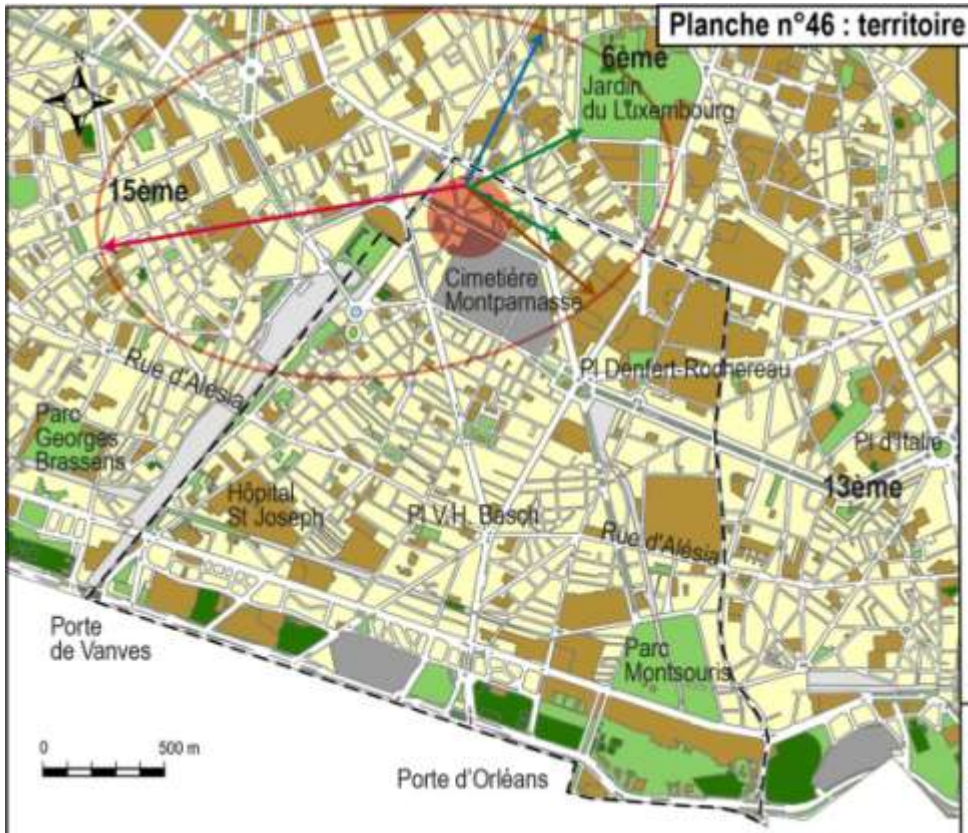
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale d'Huguette, type village

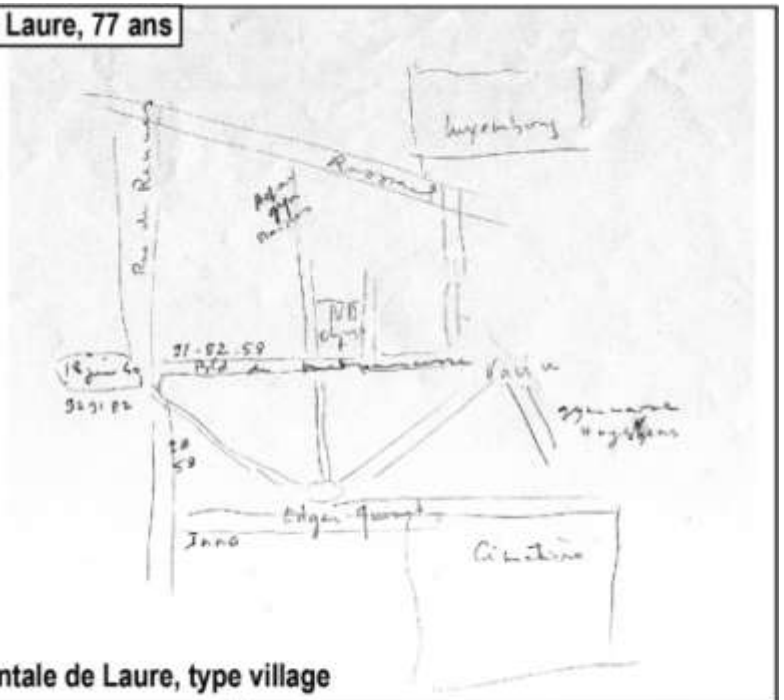
Huguette a une «solide» appropriation territoriale. Elle dessine une partie de l'arrondissement qu'elle parcourt le plus souvent à pied. Elle suit régulièrement les cours de gymnastique au club Didot et aime partir avec des amis pour randonner dans Paris ou en Province. Elle apprécie son quartier et le note sur sa carte mentale «quartiers tranquilles». *(Correspondance)*

Entrée du club Didot-Pompidou ©B.Nader 2008

Planche n°46 : territoire de vie de Laure, 77 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

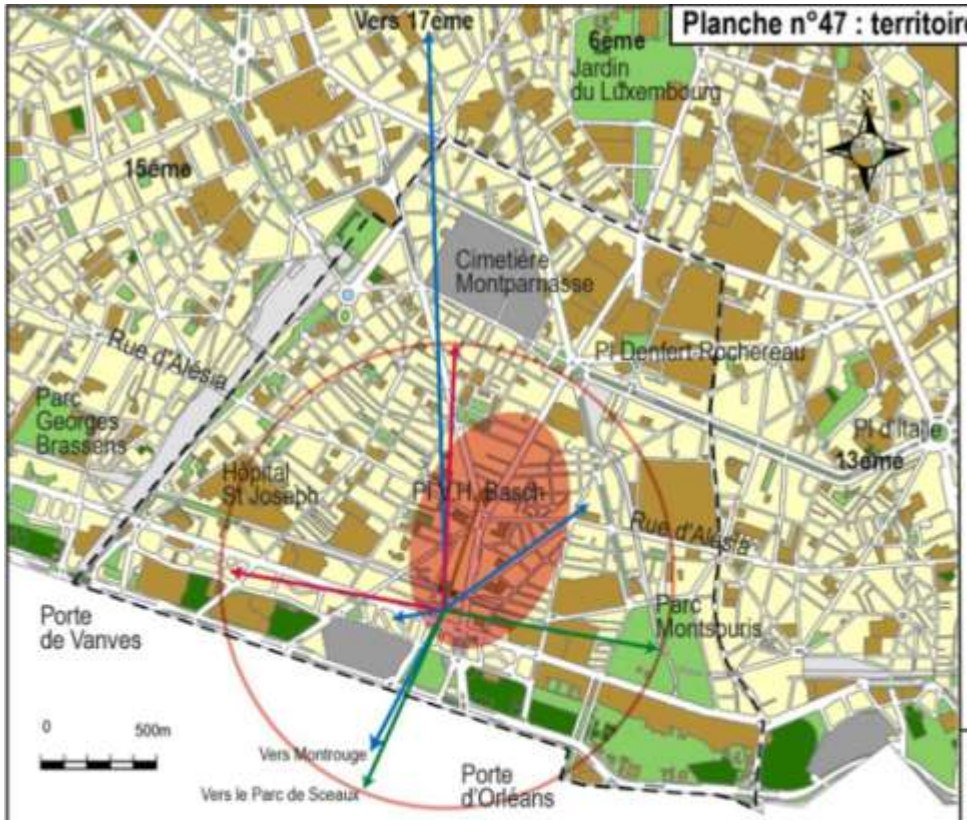


Carte mentale de Laure, type village

Laure a une «solide» appropriation territoriale. Sa carte mentale représente le village dans lequel elle habite, avec de nombreux transports en commun qui lui permettent de se déplacer aisément. Très active entre le bridge et la gymnastique, elle participe également à une association de bienfaisance. *(Entretien)*

Place du 18 juin 1944 à Montparnasse ©B.Nader 2011

Planche n°47 : territoire de vie de Daniel, 85 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

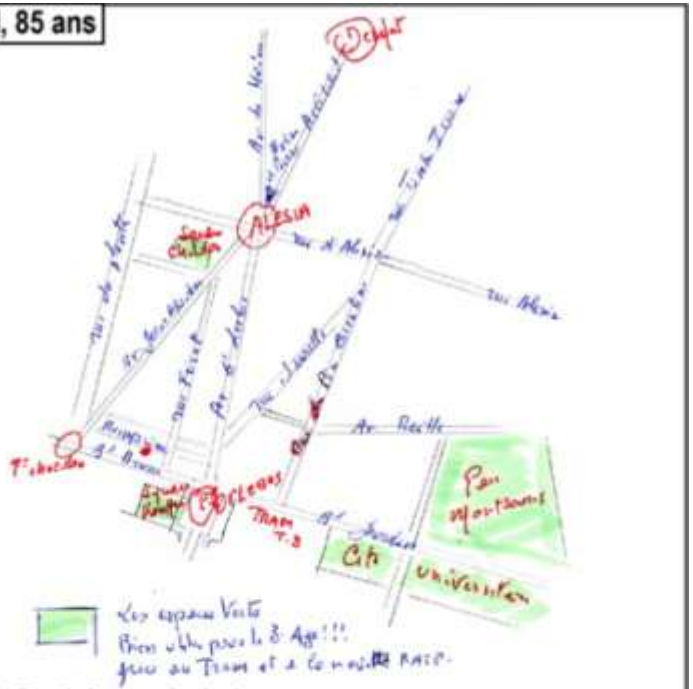
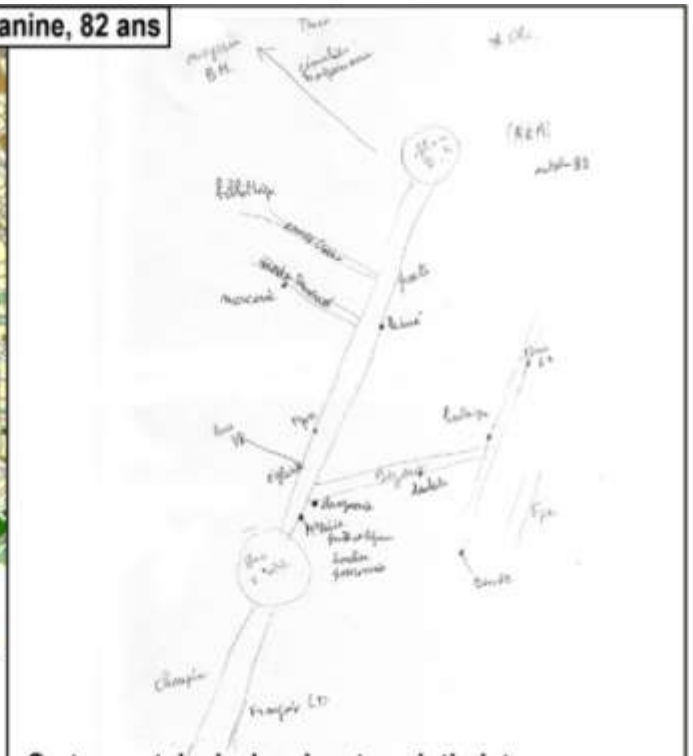

Didot
ALESIA
Rue d'Alésia
Rue Boyer
Rue Raymond Losserand
Rue Pernety
Rue Brézin
Rue Hippolyte Maindron
Rue Vercingétorix
Rue Jean Zay
Rue Nansouty
Rue Jean Dolent
Rue Raymond Aron
Rue Rabelais
Rue Beaunier
Rue Didot
Rue Decrès
Rue Boulard
Rue Bardinet
Rue Rocheblave
Rue Brézin
Rue Pernety
Rue Raymond Losserand
Rue Didot
Rue Decrès
Rue Boulard
Rue Bardinet
Rue Rocheblave
Rue Raymond Aron
Rue Rabelais
Rue Beaunier

Planche n°48 : territoire de vie de Jeanine, 82 ans



Carte mentale de Jeanine, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

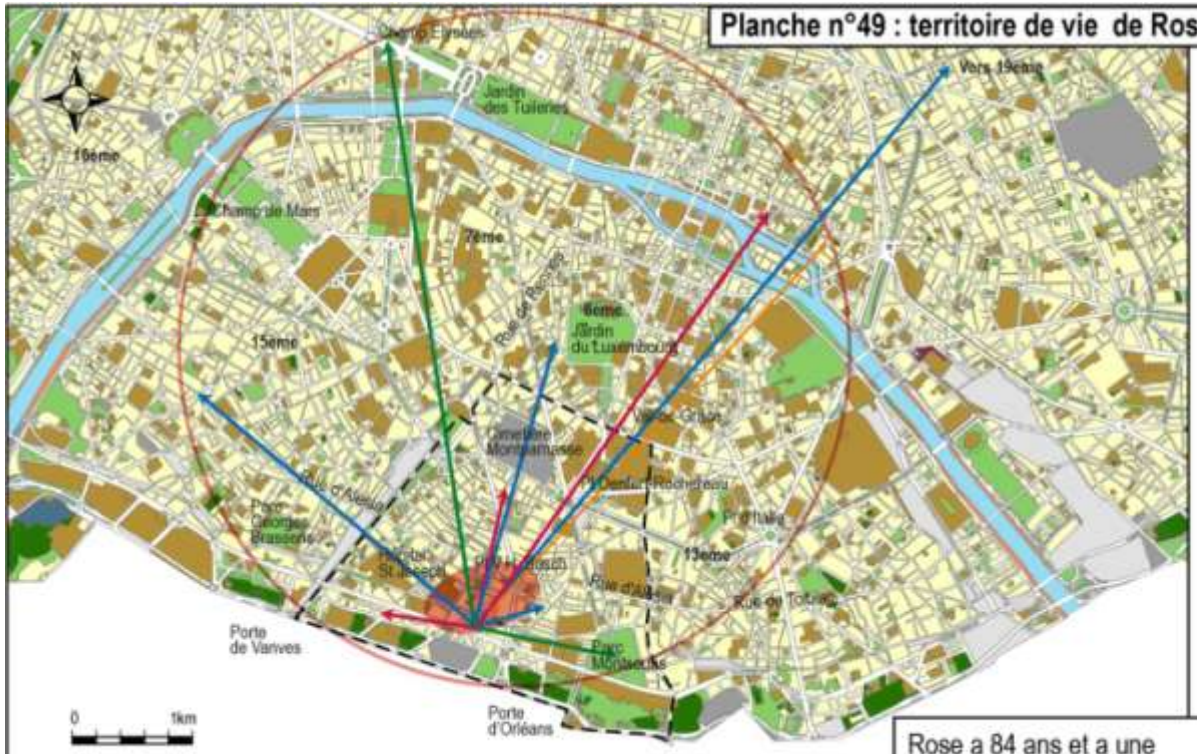
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Jeanine à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

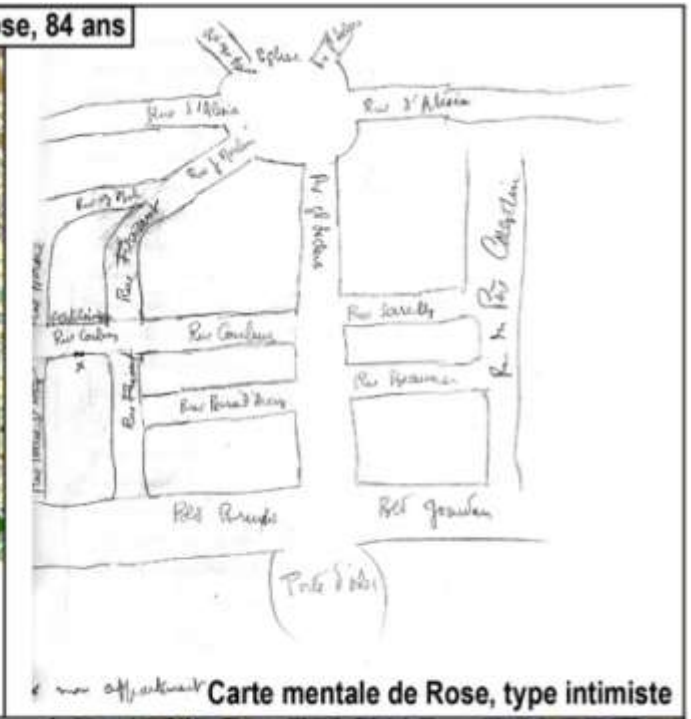
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Jeanine a une «solide» appropriation territoriale. Ancien chercheur en Astronomie, elle a travaillé à l'observatoire. Passionnée de musique, elle part chaque semaine à la Villette pour jouer de la flûte à bec. Elle est aussi bénévole à la paroisse de Saint Pierre de Montrouge. Elle apprécie son quartier car «il y a tout à proximité» mais elle ne sent pas toujours en sécurité et a peur d'être renversée. Sa carte mentale est un long axe qui représente le boulevard du Général Leclerc entre deux carrefours : Denfert-Rochereau et Victor et Héléne Basch. Elle y inscrit les commerces de proximité, les bus et l'Observatoire qui reste, pour elle, sa seconde maison.*(Entretien)*

Villa d'Orléans ©B.Nader 2008

Planche n°49 : territoire de vie de Rose, 84 ans





Carte mentale de Rose, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

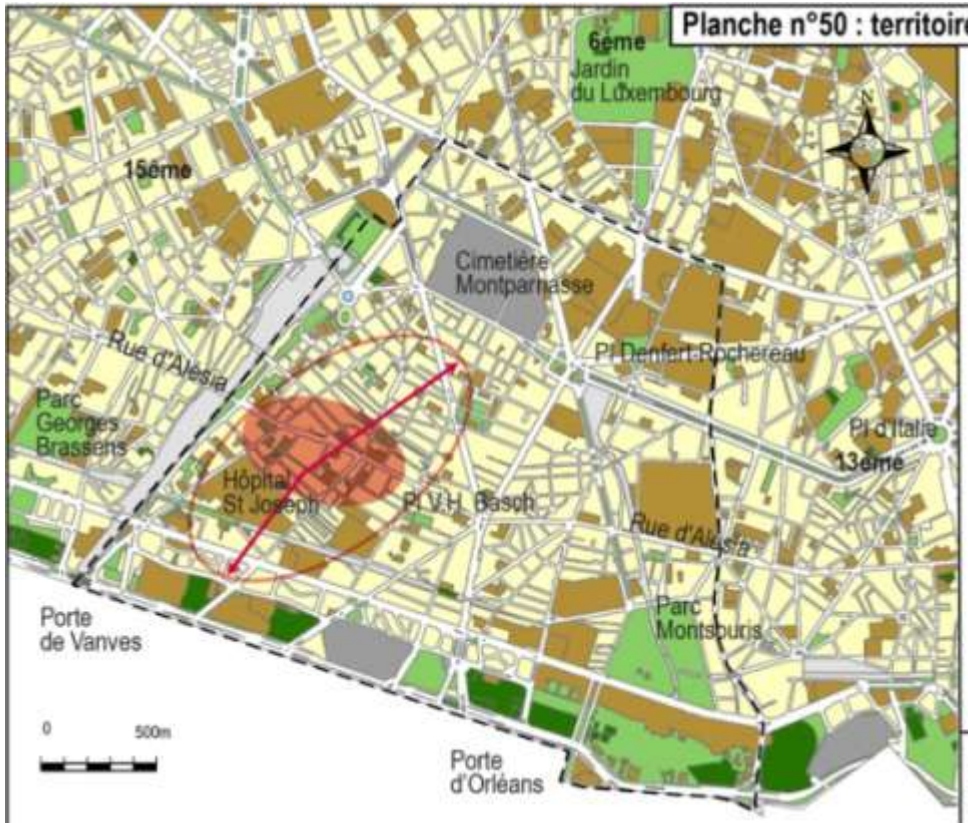
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Rose à géométrie variable, du 14ème au nord de Paris

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Rose a 84 ans et a une «assez bonne» appropriation territoriale. Veuve, elle est à la tête d'une grande famille répartie entre la province et Paris. Rose est très attachée à son quartier «*parce que je m'y sens bien. Je peux aller au club Didot à pied et il y a de nombreux bus.*» Elle part chez ses enfants pendant toute la période estivale. Sa carte mentale représente le plan du quartier dans lequel elle habite. *(Correspondance)*

Porte d'Orléans ©B.Nader 2011

Planche n°50 : territoire de vie de Juliette, 80 ans



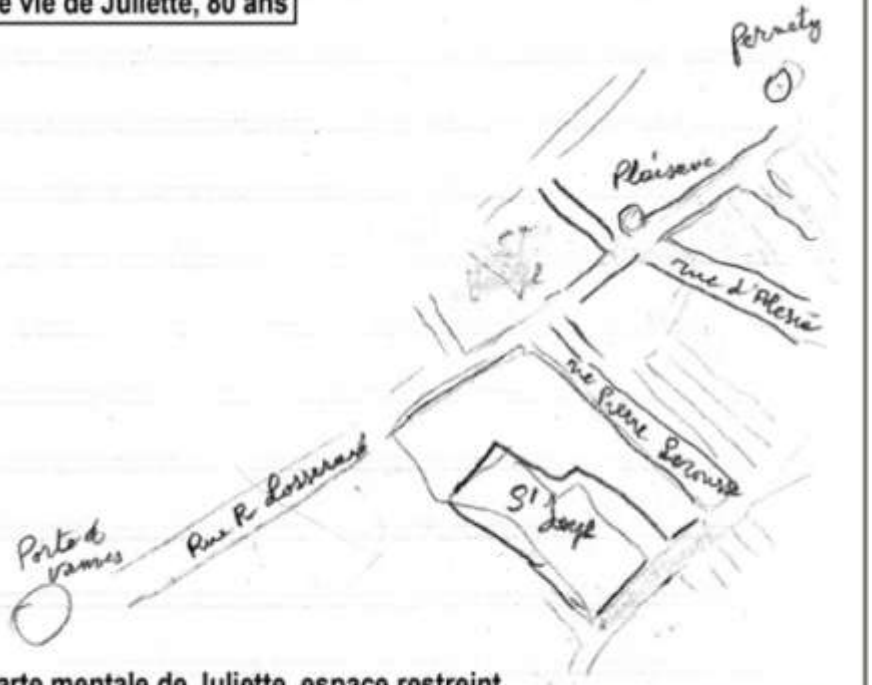
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Juliette

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

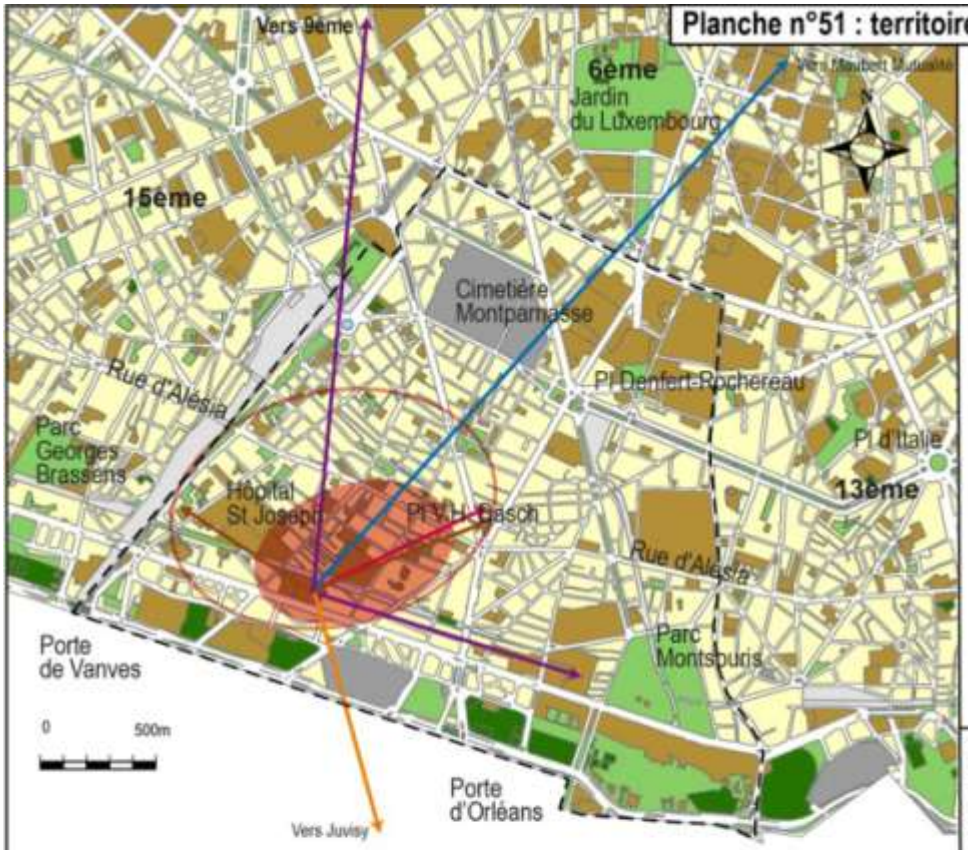


Carte mentale de Juliette, espace restreint

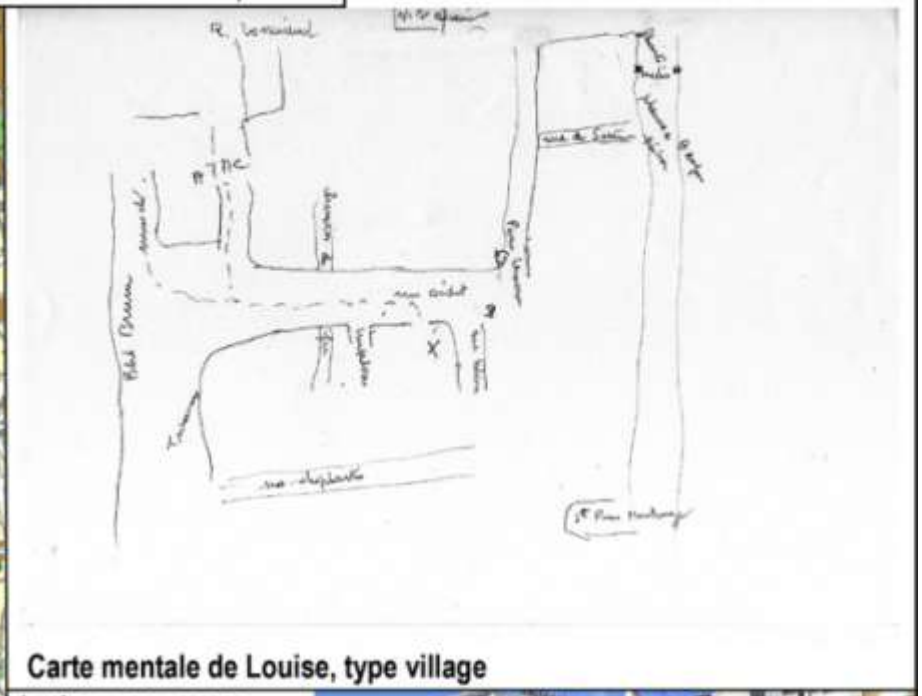
Juliette a une «bonne» appropriation territoriale et un territoire de vie large. Ses activités récréatives rythment sa semaine et lui font parcourir l'arrondissement : le bal, la gymnastique et les activités du club sénior. Née dans son quartier, elle y est attachée mais se sent moins en sécurité qu'auparavant, elle évite de sortir le soir. Elle représente sur la carte mentale l'espace dans lequel elle se déplace à pied.
(Par correspondance)

Rue d'Alésia ©B.Nader 2011

Planche n°51 : territoire de vie de Louise, 80 ans



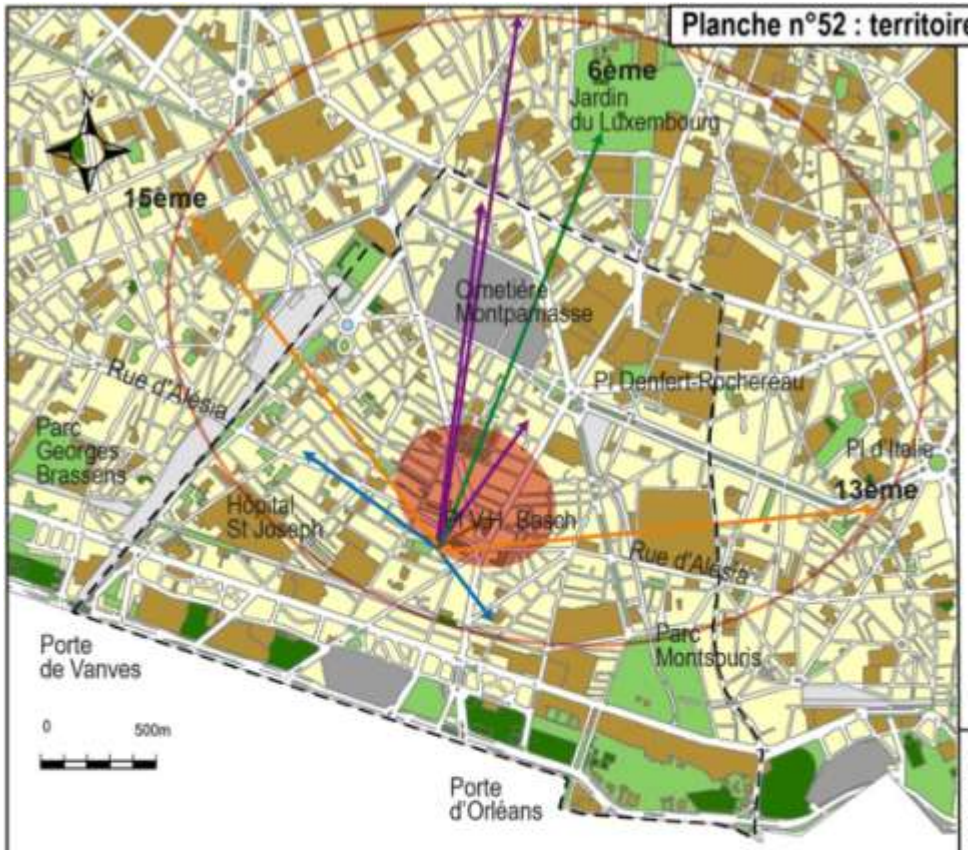
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



Carte mentale de Louise, type village

Louise a une «assez bonne» appropriation territoriale. Célibataire, elle est très impliquée dans des activités paroissiales. Elle part à Juvisy, chaque week-end, en transport en commun, pour rejoindre les membres de sa famille. Elle apprécie son quartier pour ses commodités, qu'elle dessine sur sa carte ainsi que le trajet qu'elle effectue au quotidien. *(Entretien)*

Planche n°52 : territoire de vie de Monique, 80 ans



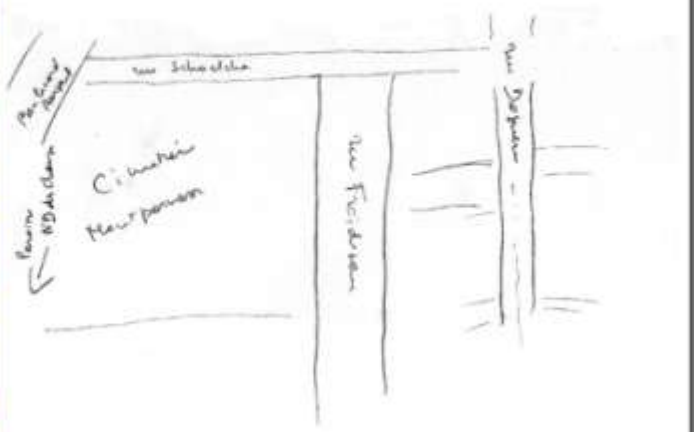
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale de Monique, type village

Monique a une «solide» appropriation territoriale. Passionnée par les livres, le théâtre, les expositions, Monique a peu de temps pour se consacrer à des activités à l'extérieur de son domicile. Elle parcoure Paris en fonction des programmes culturels. Elle part les mois d'été avec son mari dans sa maison de campagne. Elle est très attachée à son quartier, elle y habite depuis 1961 : «*tout ce dont j'ai besoin est à proximité et je peux quitter la capitale sans problème, étant près de la porte d'Orléans*». Sa carte mentale est centrée sur les abords de son domicile où elle trouve toutes les commodités. *(correspondance)*

Rue d'Alésia ©B.Nader 2008

Planche n°53 : territoire de vie de Clodie, 79 ans



Carte mentale de Clodie, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

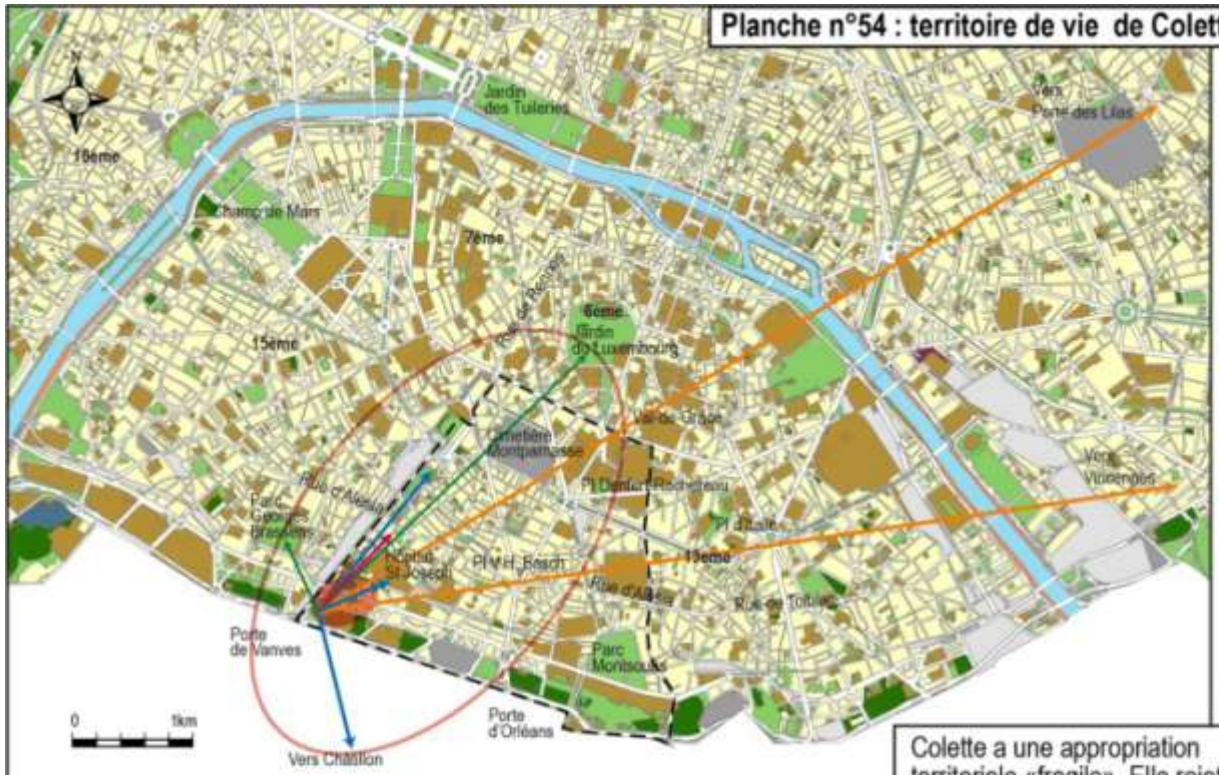
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Blanche à géométrie variable, du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Clodie a une bonne appropriation de son territoire de vie. Cette ancienne kinésithérapeuthe est très attachée à son quartier : «*il est vivant, aéré, très bien desservi. On n'est pas loin du centre. Je m'émerveille tous les jours à Paris. J'ai de la chance, je suis privilégiée*». Sa carte mentale représente de façon intimiste le quartier où elle se déplace à pied. La paroisse Notre Dame des Champs y figure, c'est le lieu de sa participation sociale. L'orientation n'est pas respectée mais les rues les plus fréquentées sont inscrites. *(Entretien)*

Denfert-Rochereau ©B.Nader 2011

Planche n°54 : territoire de vie de Colette, 80 ans



Carte mentale de Colette, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

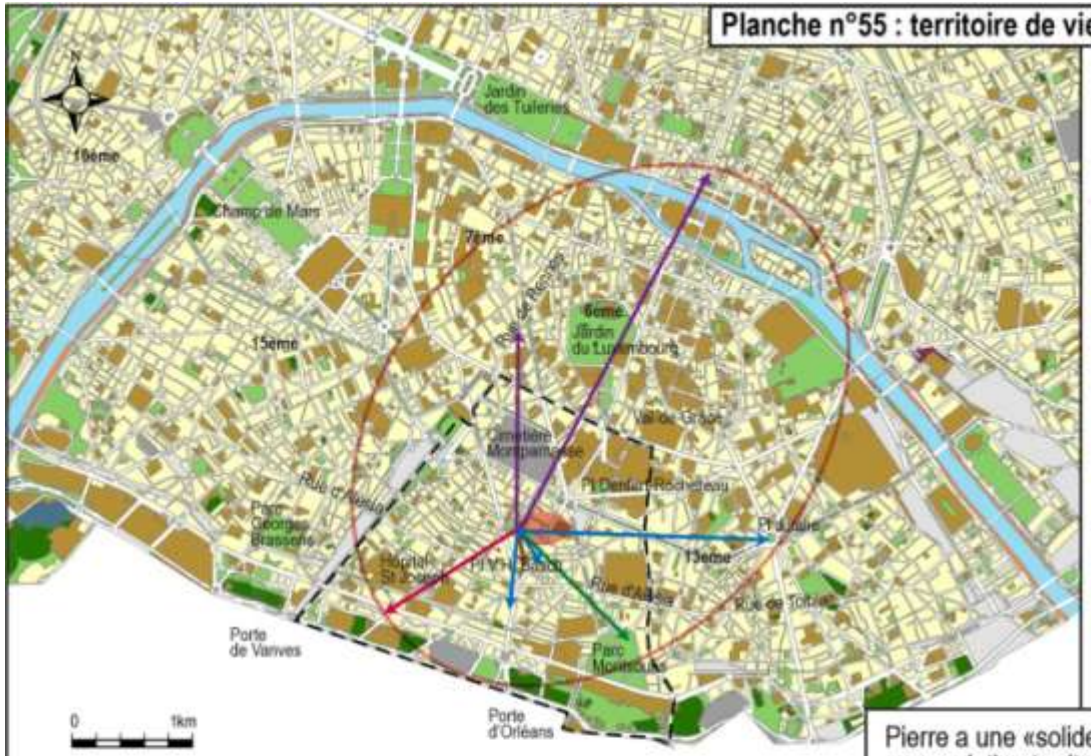
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Colette, à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Colette a une appropriation territoriale «fragile». Elle rejette son quartier où elle ne se sent plus en sécurité et souhaite déménager. Ses activités récréatives et surtout son engagement familial lui permettent de sortir de son quartier le plus souvent possible. Elle habite dans son logement depuis la construction des immeubles. Elle a une très bonne connaissance de son quartier même si elle a des difficultés pour se repérer en le dessinant. *(Entretien)*

Porte de Vanves, le long du périphérique ©B.Nader 2011

Planche n°55 : territoire de vie de Pierre, 75 ans



Carte mentale de Pierre, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

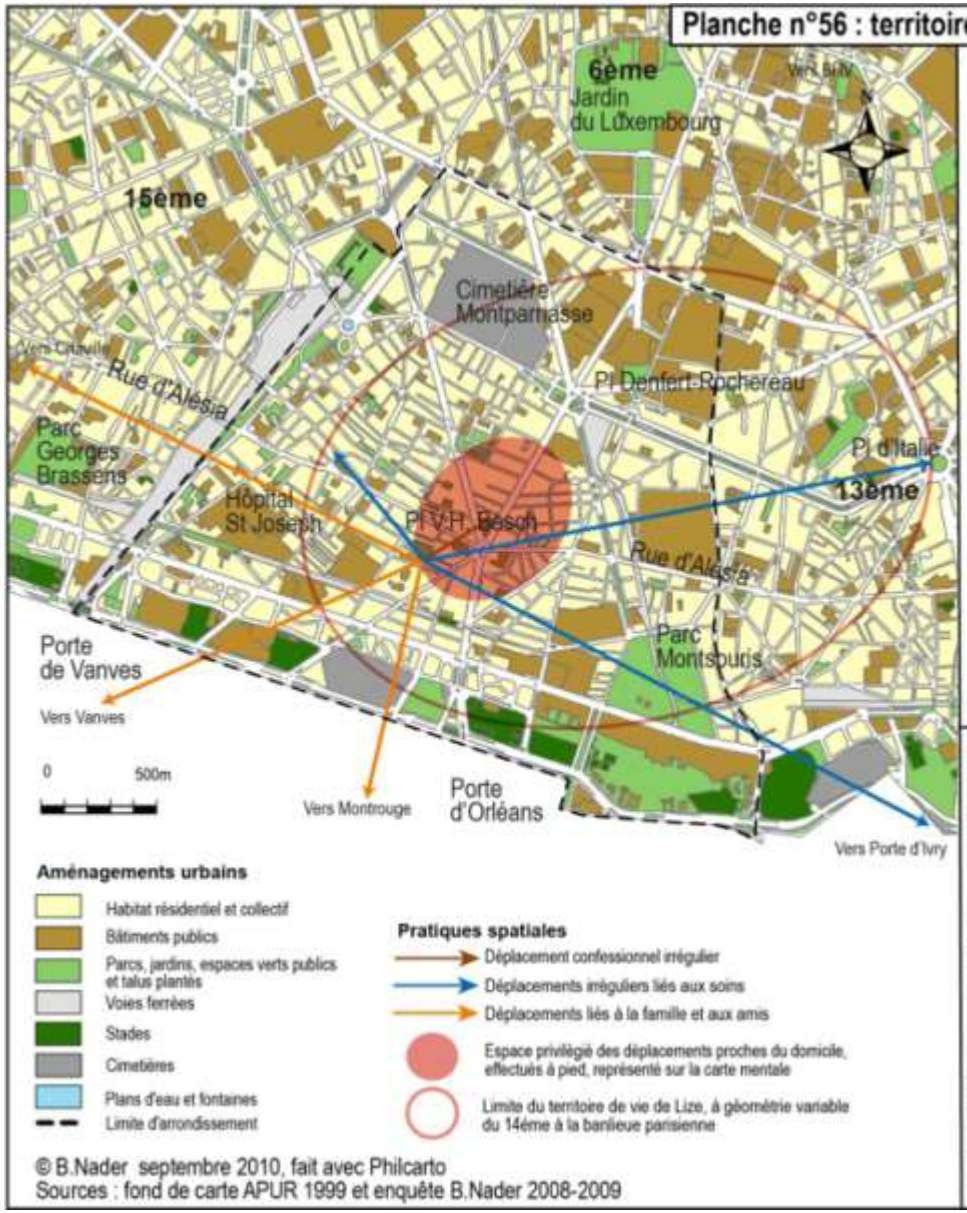
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Pierre

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

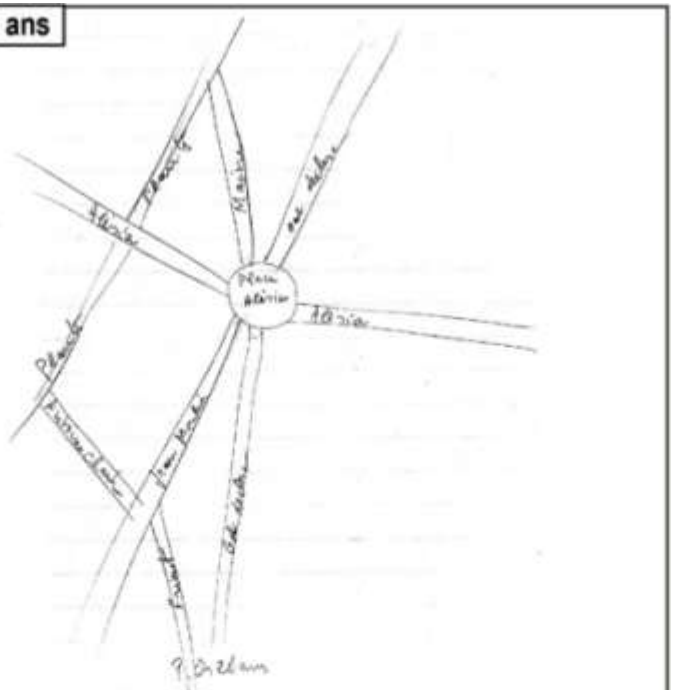
Pierre a une «solide» appropriation territoriale. Marié, il habite au centre du 14ème dans le cœur le plus commerçant de l'arrondissement près de la Mairie. Tous les services de proximité sont à moins de 100 mètres de son domicile. Pierre pratique la gymnastique volontaire et de l'aquagym. Il represente sur sa carte mentale le plan du quartier très commerçant où il habite.
(correspondance)

Pétanque, place Gilbert Peifoy SGP/NN 2011

Planche n°56 : territoire de vie de Lize, 85 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

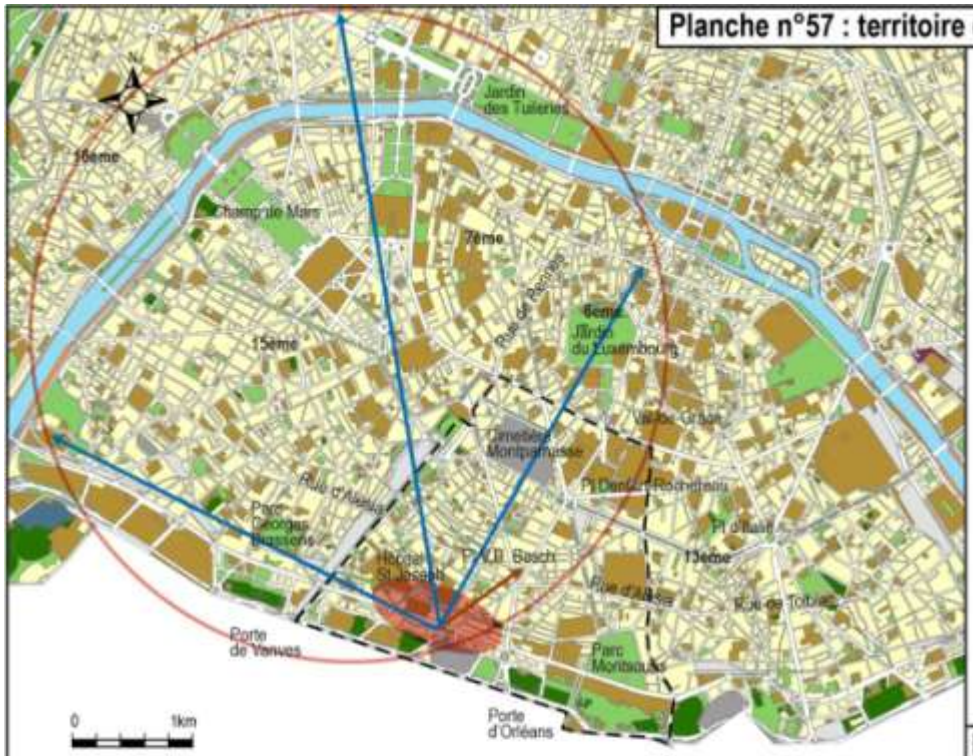


Carte mentale de Lize, type intimiste

Lize a une «assez-bonne» appropriation du territoire. Elle sort une fois par jour pour les obligations du quotidien. Elle marche beaucoup et prend peu le bus. Son territoire de vie est élargi par ses enfants qui vivent en banlieue, elle les voit chaque week-end : ils viennent la chercher en voiture. Sa carte mentale est peu détaillée mais Lize connaît bien son quartier et indique les rues qu'elle côtoie. elle y vit depuis sa naissance et y est très attachée. *(Correspondance)*

Rue Friant ©B.Nader 2009

Planche n°57 : territoire de vie de Luce, 89 ans



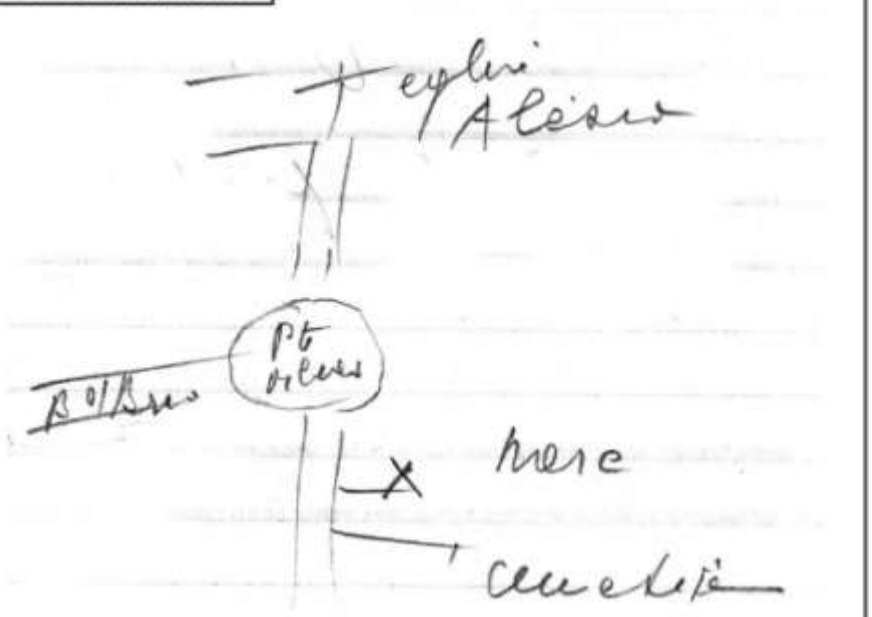
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irrégulier liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Luce

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

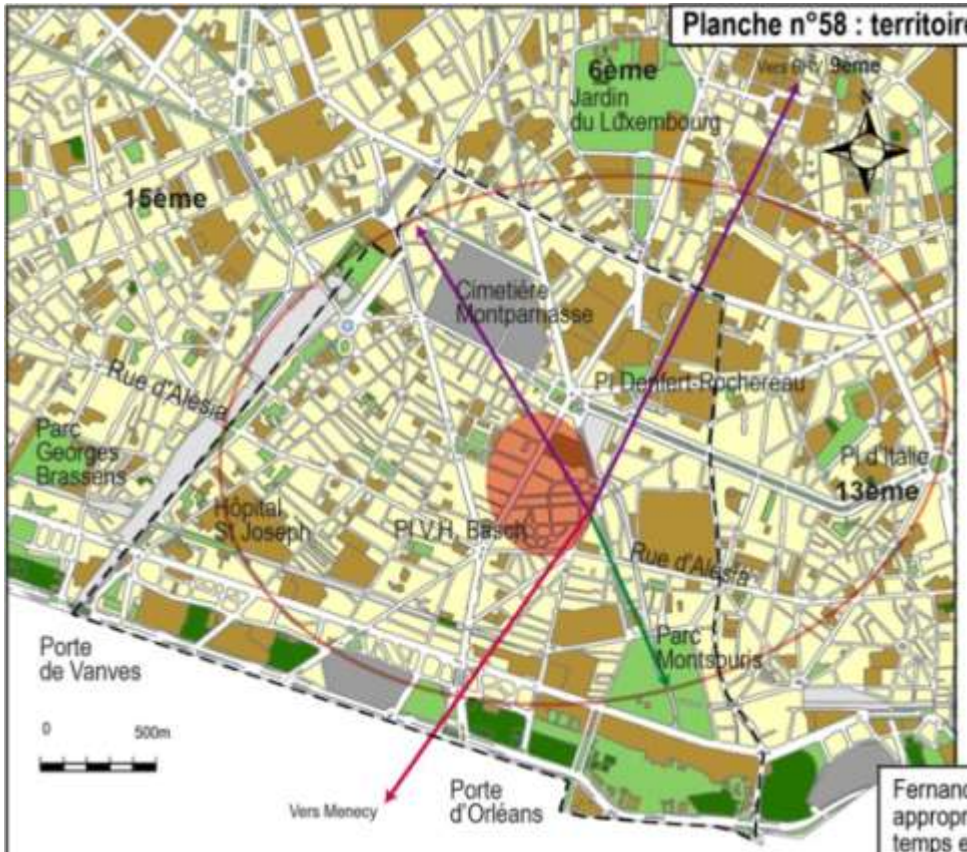


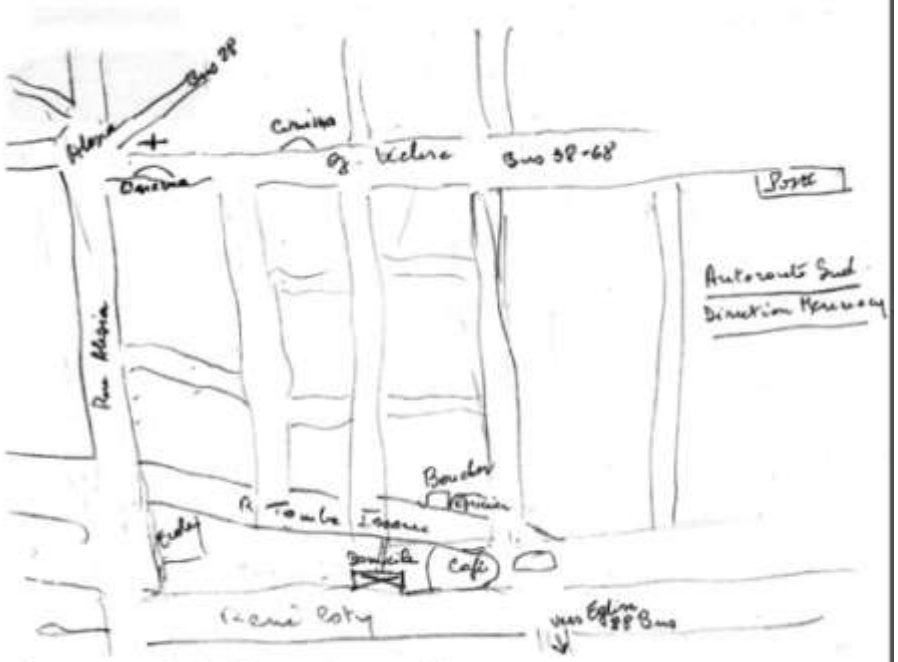
Carte mentale de Luce, type intimiste

Luce a 89 ans et a une «assez-bonne» appropriation territoriale. Elle sort presque chaque jour pour faire ses courses dans son quartier. Sa fille handicapée vient tous les week-ends. Pendant la semaine, elle aime lire, naviguer sur internet et recevoir la visite d'amies. Son territoire, centré sur l'îlot s'agrandit pour ses visites médicales. Sur sa carte mentale, elle indique ses repères : l'église Saint Pierre de Montrouge, la Porte d'Orléans et le boulevard Brune avec une mauvaise orientation. *(Correspondance)*

Bld. Brune ©GP/NN 2011

Planche n°58 : territoire de vie de Fernand, 80 ans





Carte mentale de Fernand, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

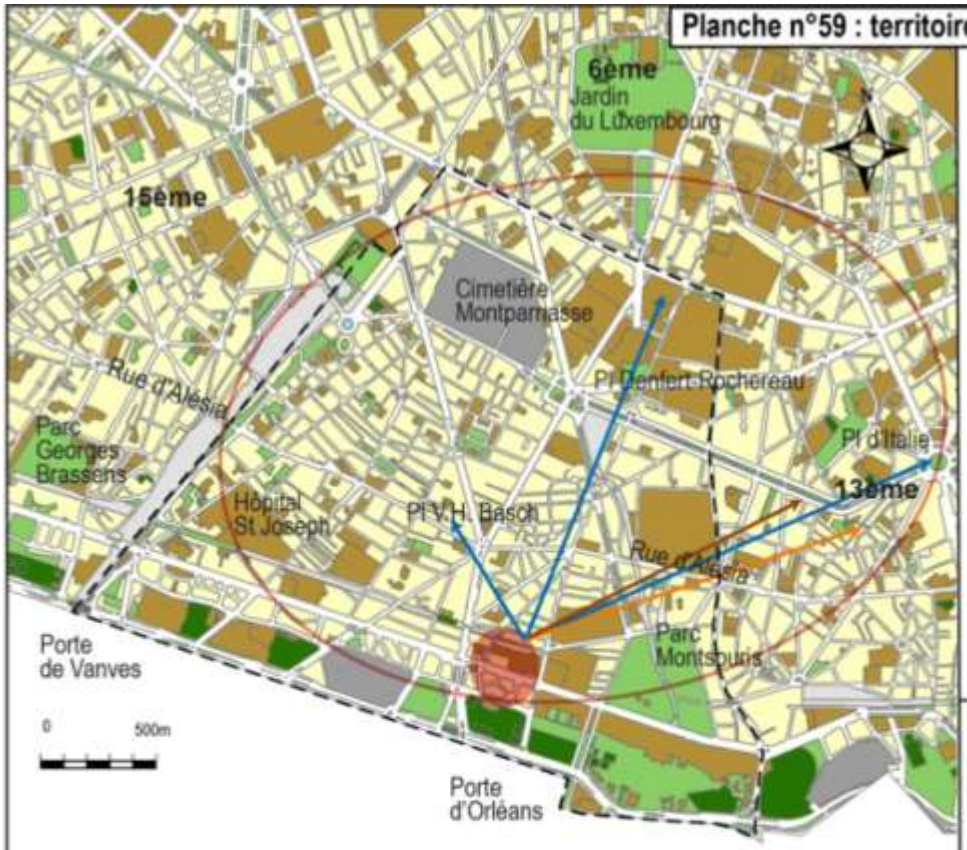
Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Fernand, à géométrie variable du 14ème à Menecy au sud de Paris

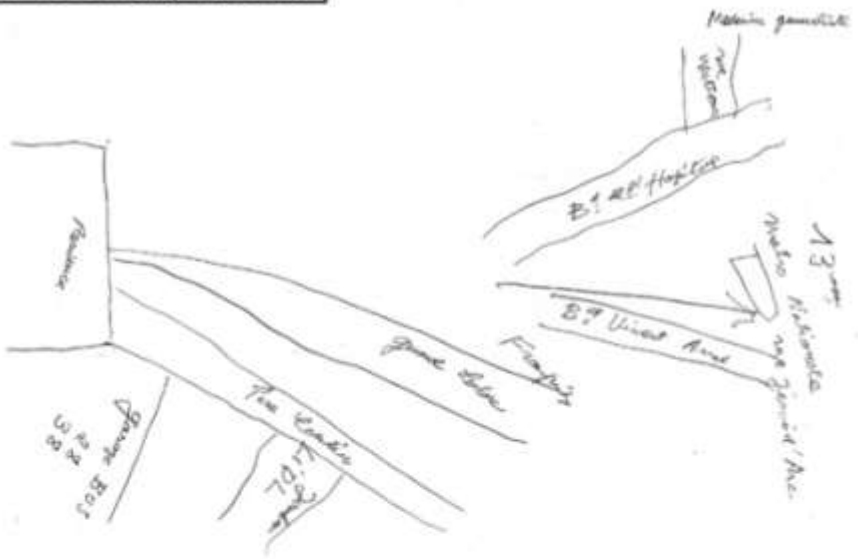
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Fernand a 80 ans et une «assez bonne» appropriation territoriale. il partage son temps entre le 14ème et une résidence secondaire à Mennecy à 35 km de Paris. Il est très attaché à son quartier, il y est né et il apprécie son calme et sa propreté «*c'est le paradis de la balayeuse !*» ainsi que ses commodités. Sa femme travaillant, Lucien s'occupe des courses du quotidien. Sur sa carte mentale, il indique le plan des rues avec les grands axes, les bus et l'autoroute qu'il prend pour se rendre à Mennecy. A côté de son domicile, le café est entouré : il y retrouve ses amis, c'est le lieu de sa sociabilité dans le quartier. *(Entretien)*

Planche n°59 : territoire de vie de François,78 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

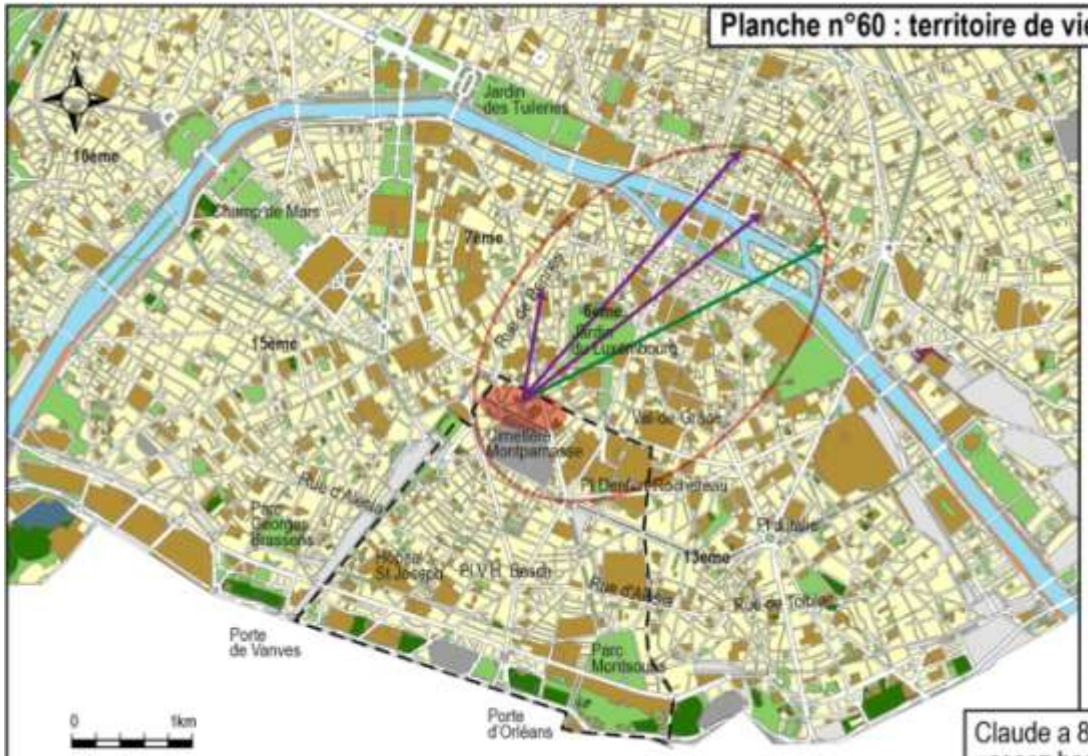


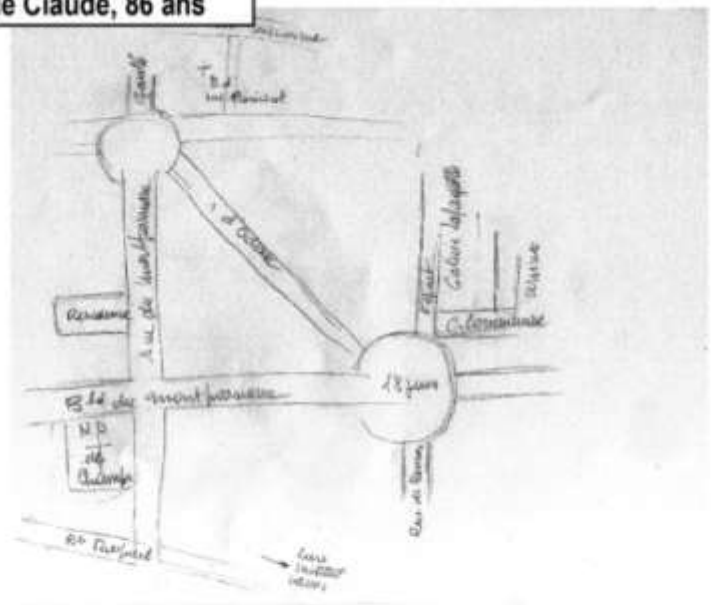
Carte mentale de François, type intimiste

François a 78 ans et une «mauvaise» appropriation territoriale. Marié, il habite seul la résidence-services depuis 3 ans pour bénéficier d'une surveillance médicale. Sa femme habite le 13ème, son territoire de vie s'étend entre la résidence et l'appartement familial. Il dessine les deux quartiers sur sa carte mentale. Il est attaché au 14ème car il y a travaillé «*j'y ai mes repères*».*(Entretien)*

Résidence Beaunier ©B.Nader 2008

Planche n°60 : territoire de vie de Claude, 86 ans





Carte mentale de Claude, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

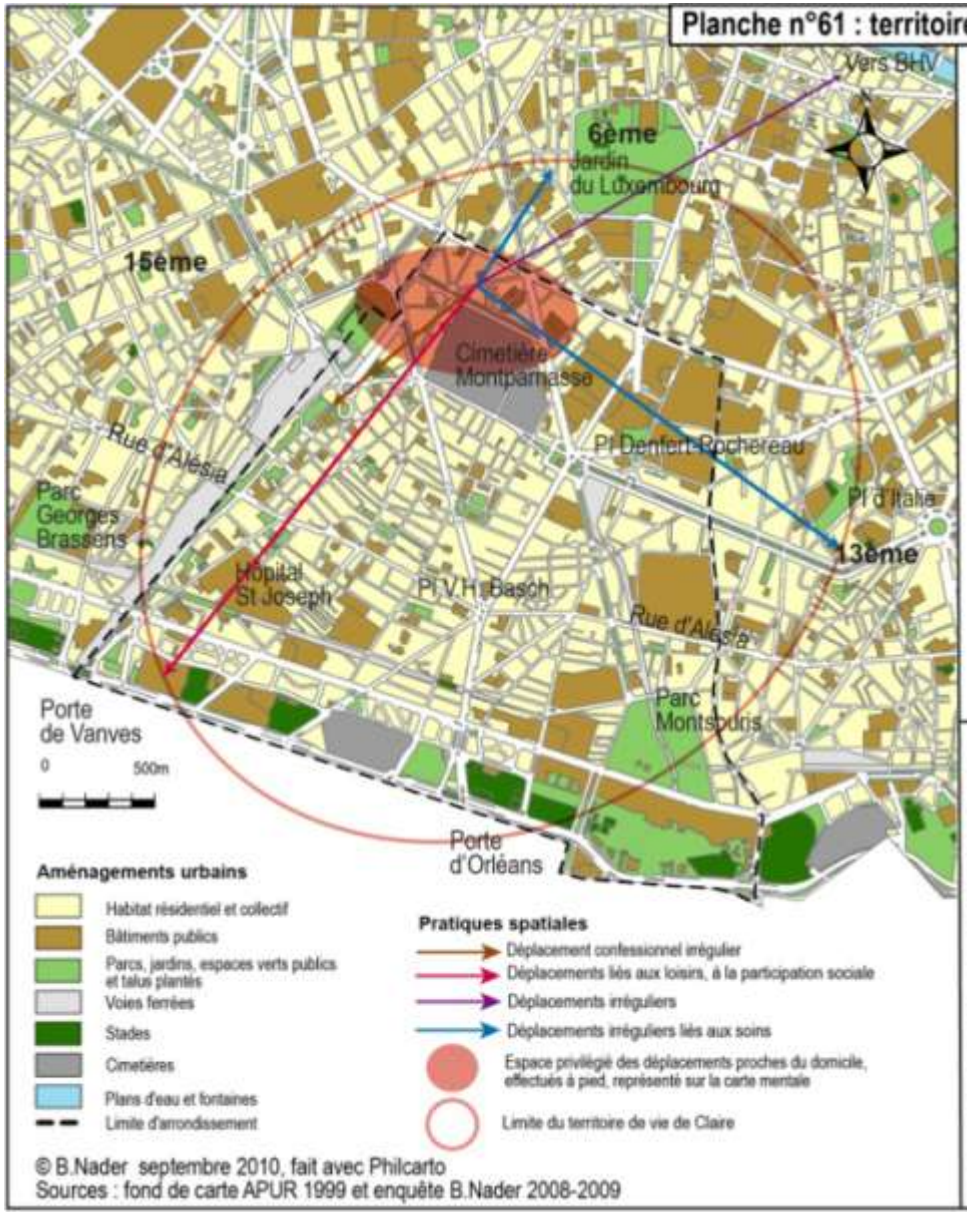
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Claude

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

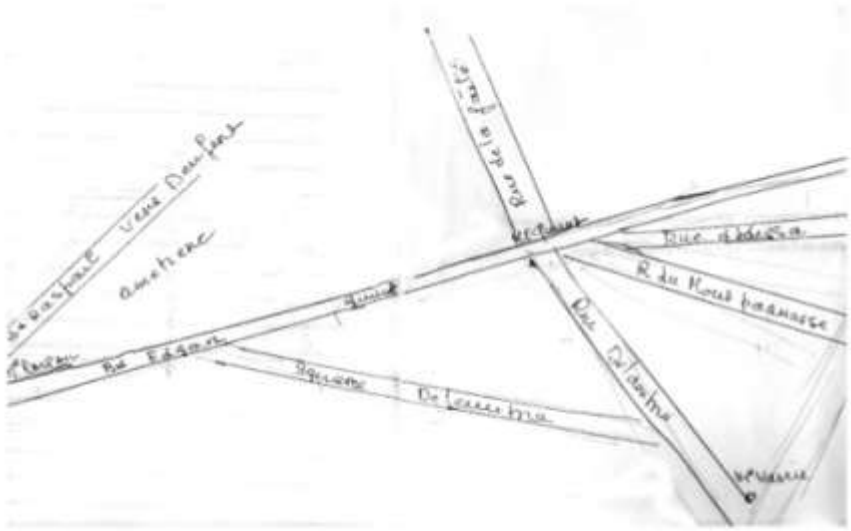
Claude a 86 ans et une «assez bonne» appropriation territoriale : ancien architecte, célibataire, il habite la résidence-appartement des Artistes depuis 20 ans. Il «*commence*» à s'attacher au quartier : «*les gens ne sont pas riches mais pas vulgaires*». Claude a peu de contact en dehors de la résidence. Sa carte mentale est très précise et représente le territoire de son quotidien. *(Entretien)*

Boulevard Montparnasse ©B.Nader 2011

Planche n°61 : territoire de vie de Claire, 77 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

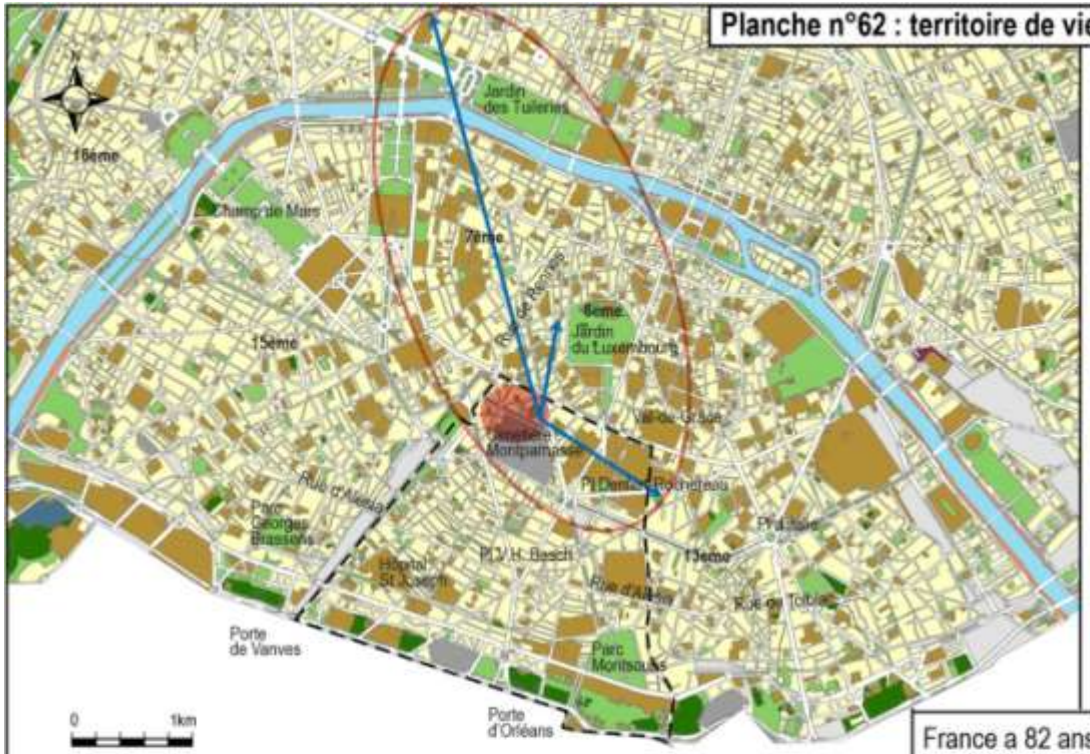


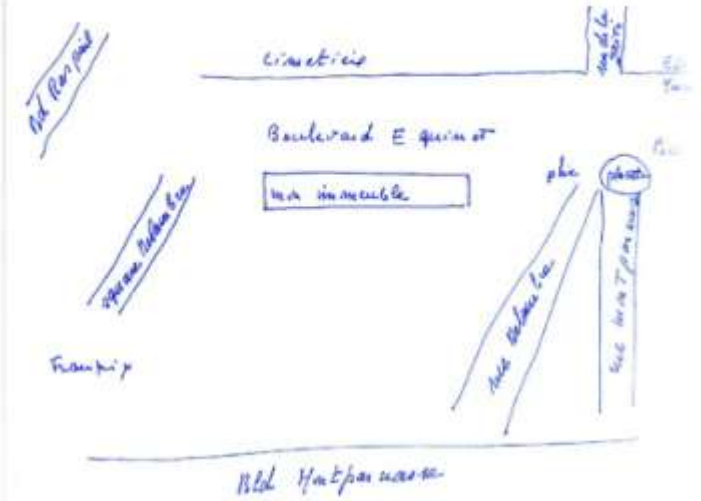
Carte mentale de Claire, type intimiste

Claire une «bonne» appropriation territoriale. Mariée, elle a une double résidence et part souvent avec son mari dans sa maison de campagne. Très active, elle prend de cours de peinture, de poterie et suit de cours Taï chi à «La Maison Ouverte» avec «*des gens qui partagent les mêmes activités que moi*». Vivant depuis 50 ans dans le quartier, elle y est très attachée. Claire représente sur sa carte les rues qui entourent son domicile et indique les stations de métro en tant que repères spatiaux.
(Correspondance)

Bld. Montparnasse ©B.Nader 2011

Planche n°62 : territoire de vie de France, 82 ans





Carte mentale de France, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

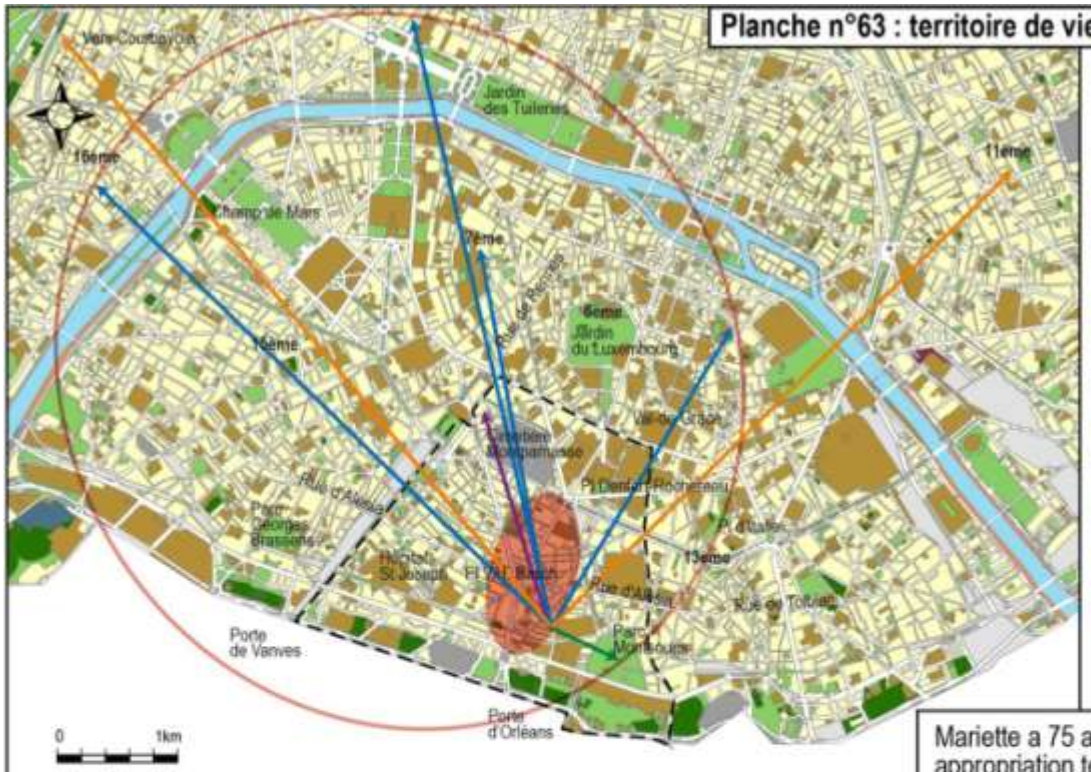
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de France

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

France a 82 ans et une «assez-bonne» appropriation territoriale. France se déplace avec une canne, car elle a des vertiges. Elle s'occupe chez elle entre la télévision, la couture et la lecture. Elle ne souhaite pas participer à des activités à l'extérieur de son domicile «*je suis trop indépendante pour souhaiter rencontrer le tout-venant.*» Elle se promène régulièrement dans le parc du Luxembourg. France dessine le quartier où elle de déplace à pied en indiquant le nom des rues et des commerces de proximité. *(Correspondance)*

Avenue Edgar Quinet ©B.Nader 2008

Planche n°63 : territoire de vie de Mariette, 75 ans



Carte mentale de Mariette, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

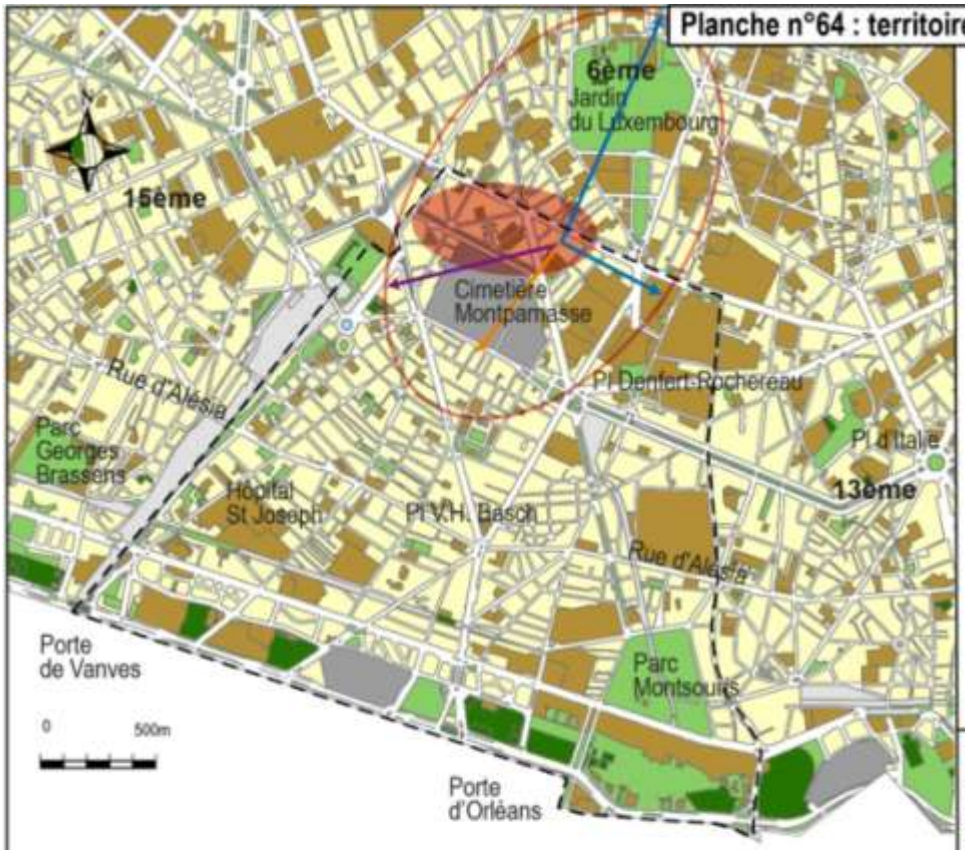
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Mariette à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Mariette a 75 ans et une «solide» appropriation territoriale. Cet ancienne avocate partageait son temps entre un engagement politique et du bénévolat jusqu'à son déménagement récent. Lors de l'enquête, elle précise qu'elle a arrêté ses activités. Elle aime aller au cinéma, voir des expositions et rencontrer ses amis dans l'arrondissement. Elle se déplace souvent à Courbevoie pour s'occuper de ses petits-enfants. Sur sa carte mentale, elle dessine quelques rues, quelques repères. *(Correspondance)*

Avenue René Coty ©B.Nader 2009

Planche n°64 : territoire de vie de Florence, 80 ans



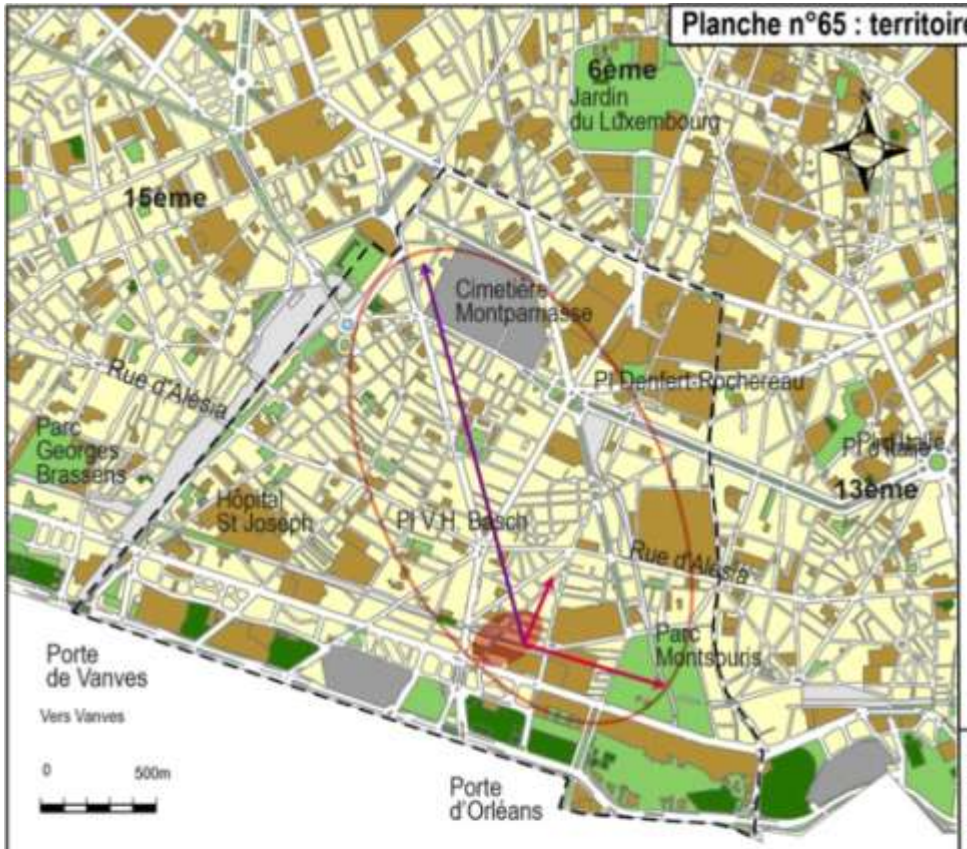
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale de Florence, type village

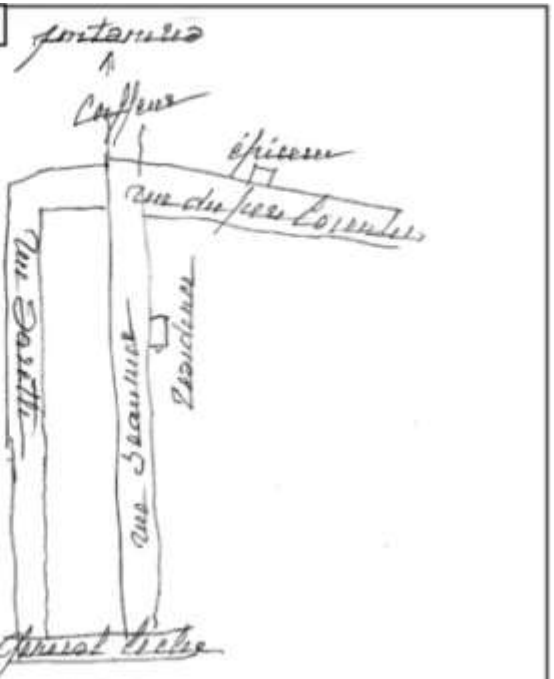
Florence a 80 ans et habite dans le quartier Montparnasse, elle a une «assez-bonne» appropriation territoriale. Florence n'a pas d'activités à l'extérieur de chez elle, elle apprécie son calme et ne s'ennuie jamais entre «*Internet, les puzzles, la lecture et les mots fléchés*».Elle se sent à l'aise dans ce quartier où elle vit depuis 35 ans. Elle regrette cependant les trop nombreuses manifestations. Sa carte mentale est un plan très détaillée où elle indique toutes les commodités et les lieux où habitent ses enfants. La richesse de sa carte mentale est emblématique de sa qualité de vie.*(correspondance)*

Avenue Montparnasse ©B.Nader 2011

Planche n°65 : territoire de vie de Christian, 82 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

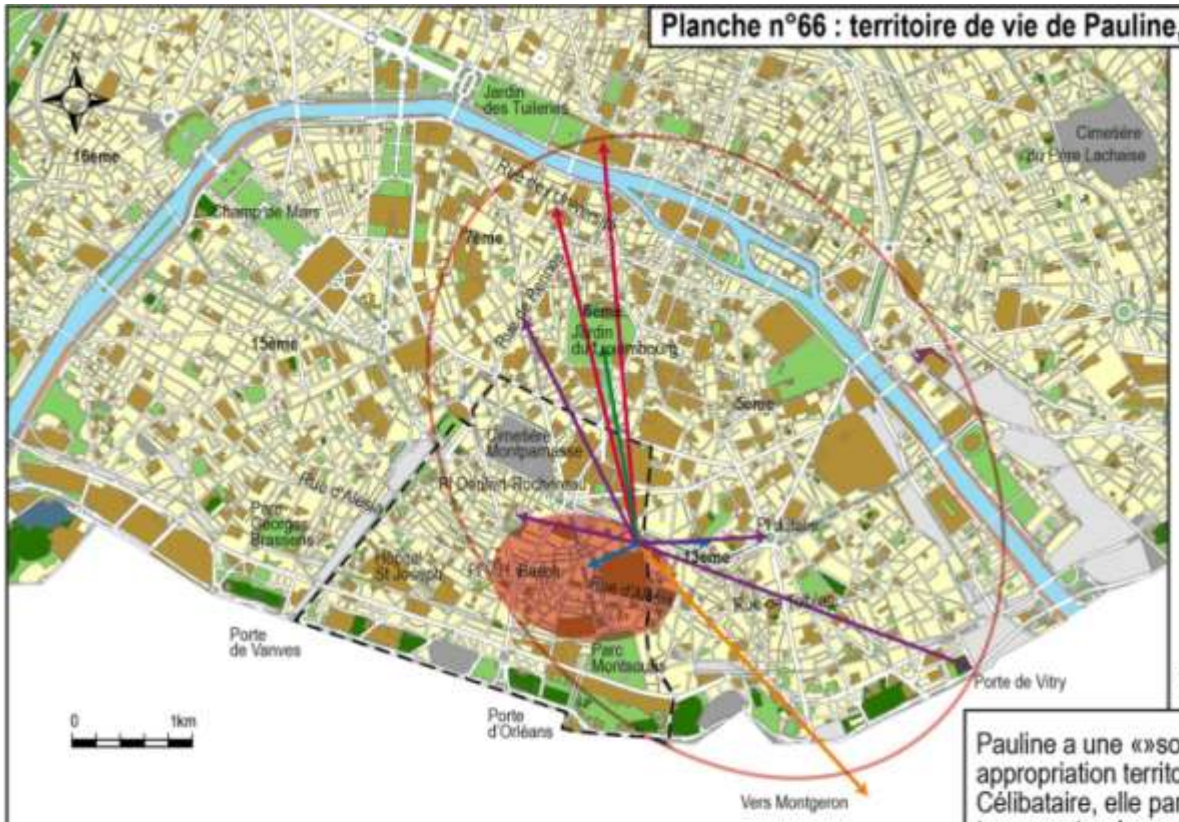


Carte mentale de Christian, type intimiste

Christian a 82 ans et une mauvaise appropriation territoriale. Il habite la résidence-services Beaunier depuis 10 ans. Il déjeune au restaurant Emeraude au rez-de-chaussée de la résidence et se promène dans le quartier «*pour prendre l'air*». «*Je mène une vie retirée, je préfère rester seul*». Il descend parfois l'après-midi pour jouer aux jeux de société ou regarder un film. Sa carte est un plan des rues qu'il emprunte lorsqu'il sort de la résidence. Il y indique un lieu de sociabilité : le coiffeur. *(Entretien)*

Résidence Beaunier ©B.Nader 2008

Planche n°66 : territoire de vie de Pauline, 77 ans



Carte mentale de Pauline, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

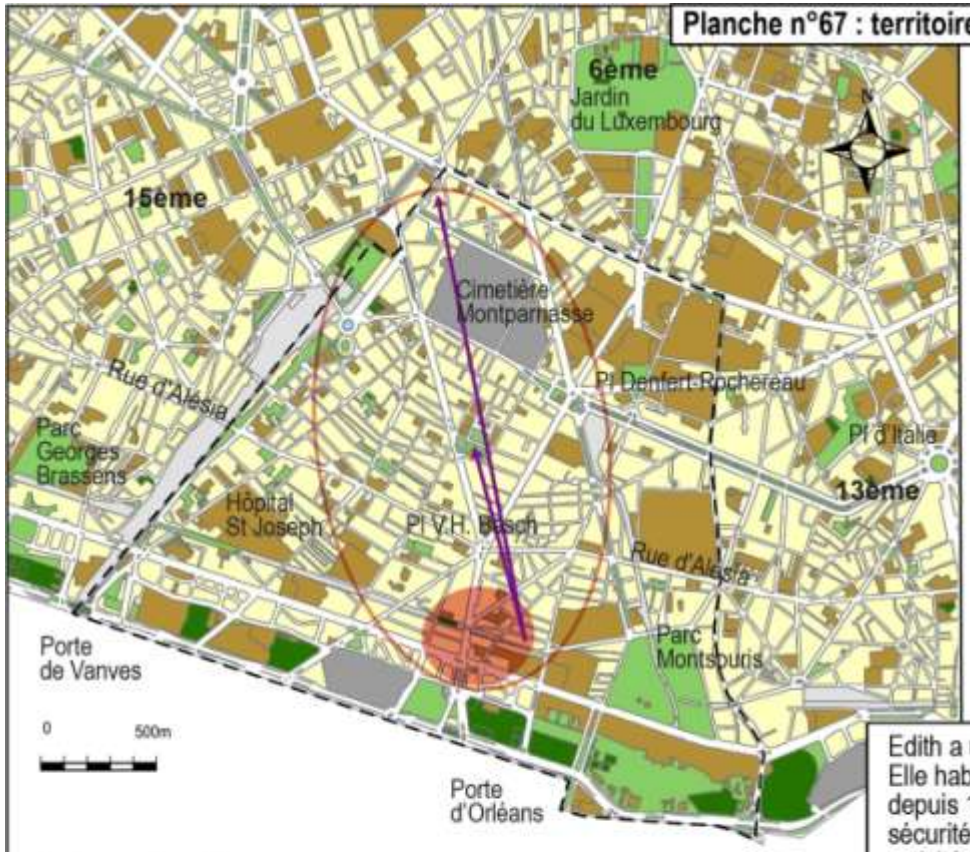
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Pauline à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

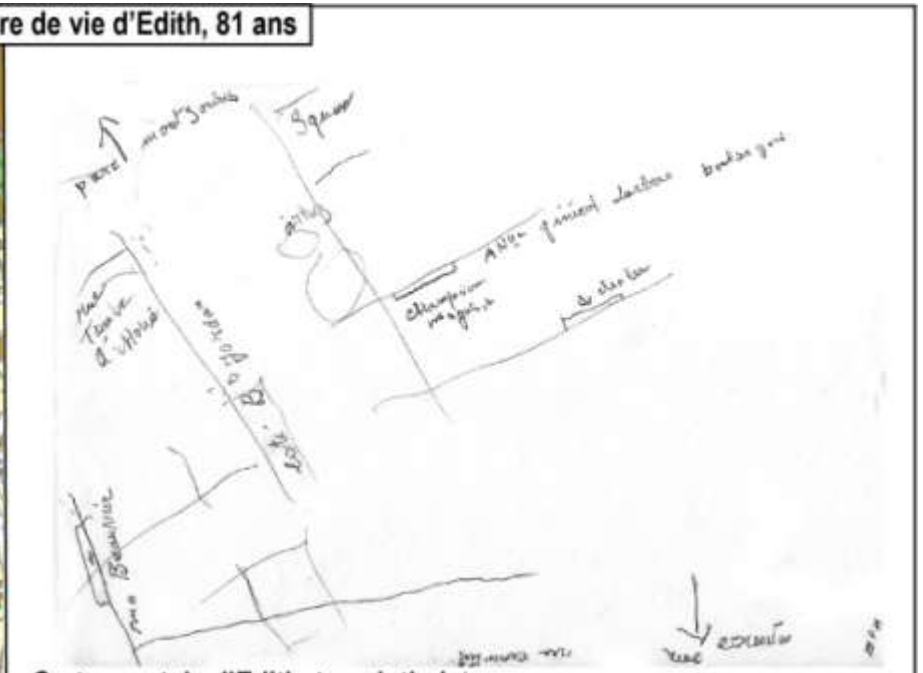
Pauline a une ««solide appropriation territoriale. Célibataire, elle partage son temps entre deux associations qui sont en dehors de l'arrondissement. Sa carte mentale est un plan très détaillé et légendé du quartier : tout y est, entre les commerces de proximité , les transports en commun et la station vélib ! La richesse de sa carte mentale est à l'image de sa qualité de vie. *(Correspondance)*

Place Coluche © B.Nader 2011

Planche n°67 : territoire de vie d'Edith, 81 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

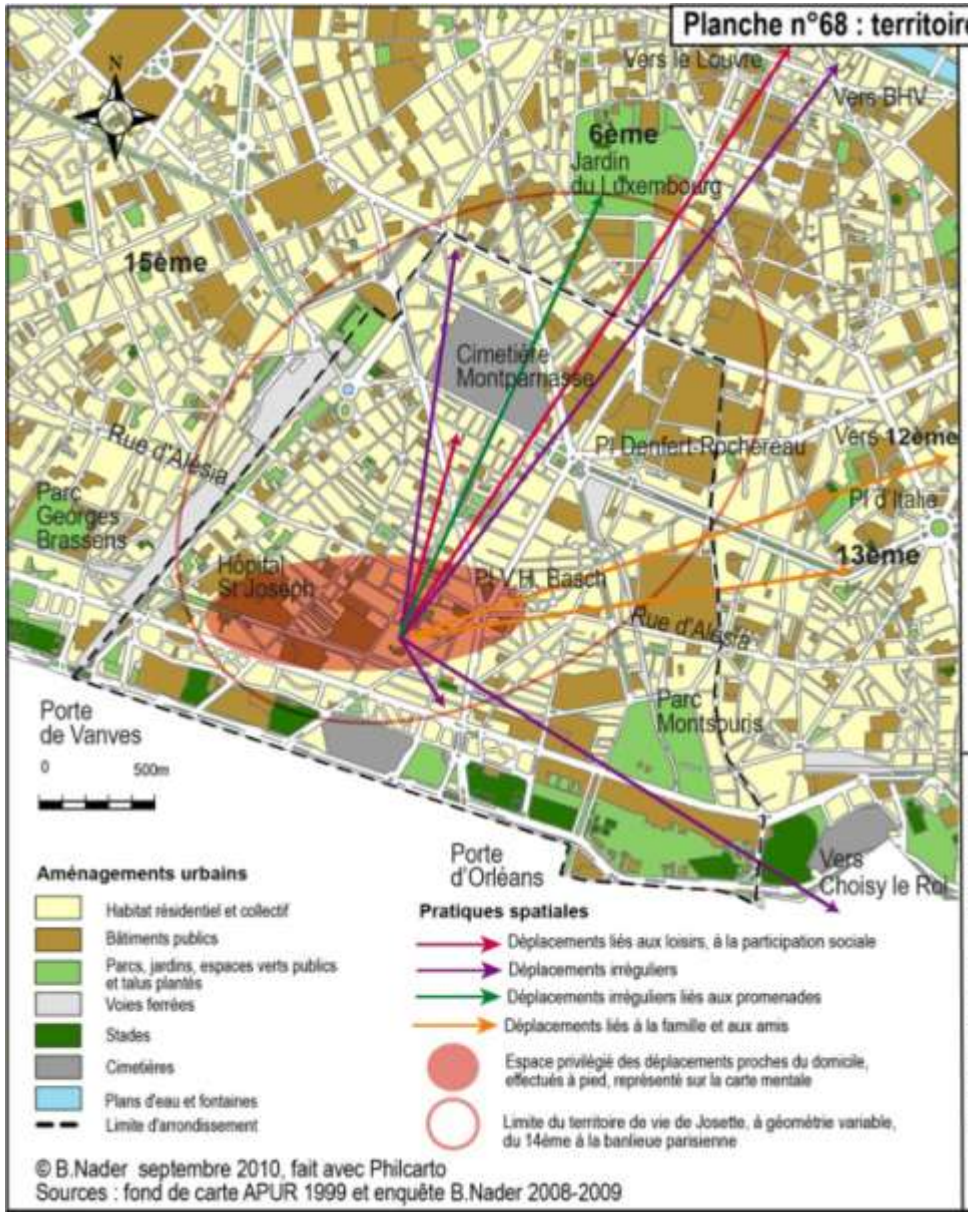


Carte mentale d'Edith, type intimiste

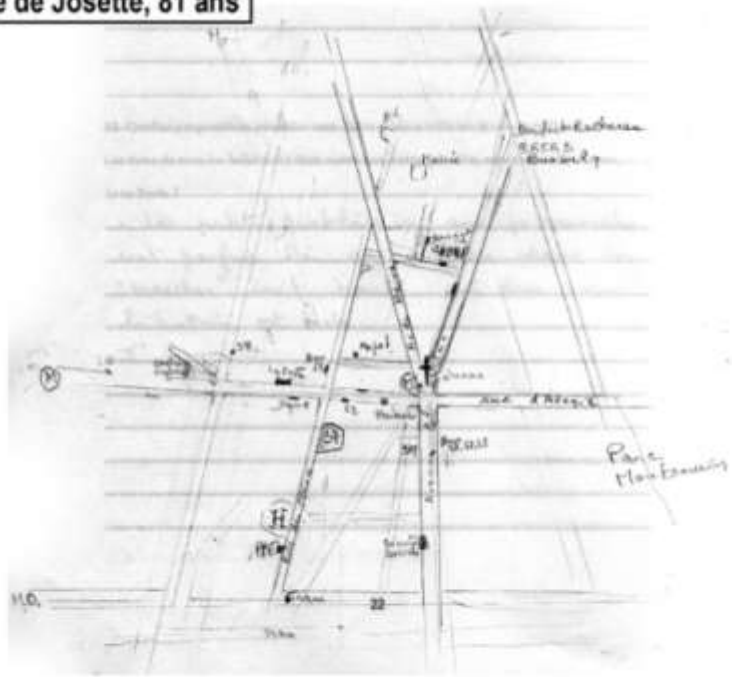
Edith a une appropriation territoriale «fragile». Elle habite dans la résidence –services Beaunier depuis 10 ans. Très fragile, elle se sent en sécurité dans la résidence et participe aux activités proposées «*ça me fait plaisir, ça me fait bouger*». Une fois par an elle part quelques jours en vacances avec une association caritative. Elle aime marcher dans le quartier surtout l'été mais ne va trop loin pour ne pas se perdre. Elle aime vagabonder dans les magasins de l'avenue du général Leclerc,« *juste pour regarder.*». Son territoire de vie s'agrandit lorsqu'elle sort avec l'association. Sur sa carte mentale elle indique les lieux où se elle se déplace et surtout les arbres et les squares qu'elle aime tant. *(Entretien)*

Angle rue Sarette / rue d'Alésia
©B.Nader 2008

Planche n°68 : territoire de vie de Josette, 81 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

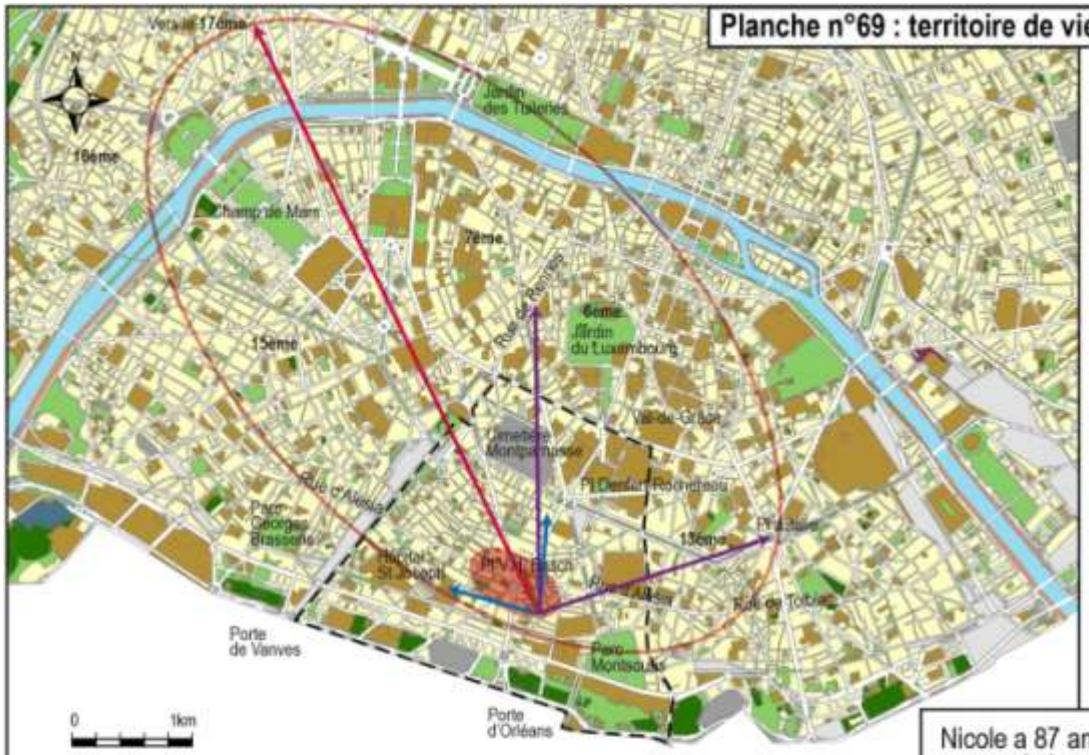


Carte mentale de Josette, type village

Josette a 81 ans et a une «solide» appropriation territoriale. N'hésitant pas à prendre plusieurs bus, son territoire de vie s'étend du 14ème à Choisy le Roi. Elle est très investie dans des activités bénévoles à la paroisse St Pierre de Montrouge, elle y recherche «*le contact et se sent utile*». Josette dessine sur sa carte un plan très détaillé et y fait figurer le centre paroissial, «*sa deuxième maison*». *(Correspondance)*

Eglise St Pierre de Montrouge ©GP/NN 2011

Planche n°69 : territoire de vie de Nicole, 87 ans



Carte mentale de Nicole, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

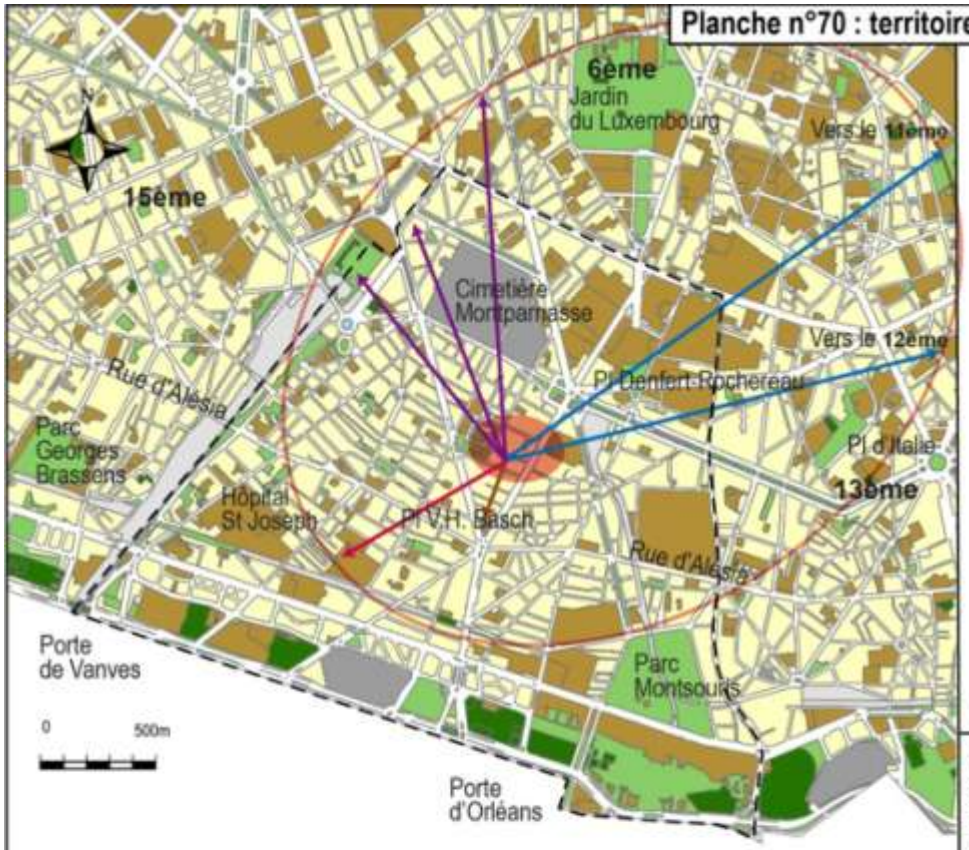
- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Nicole

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

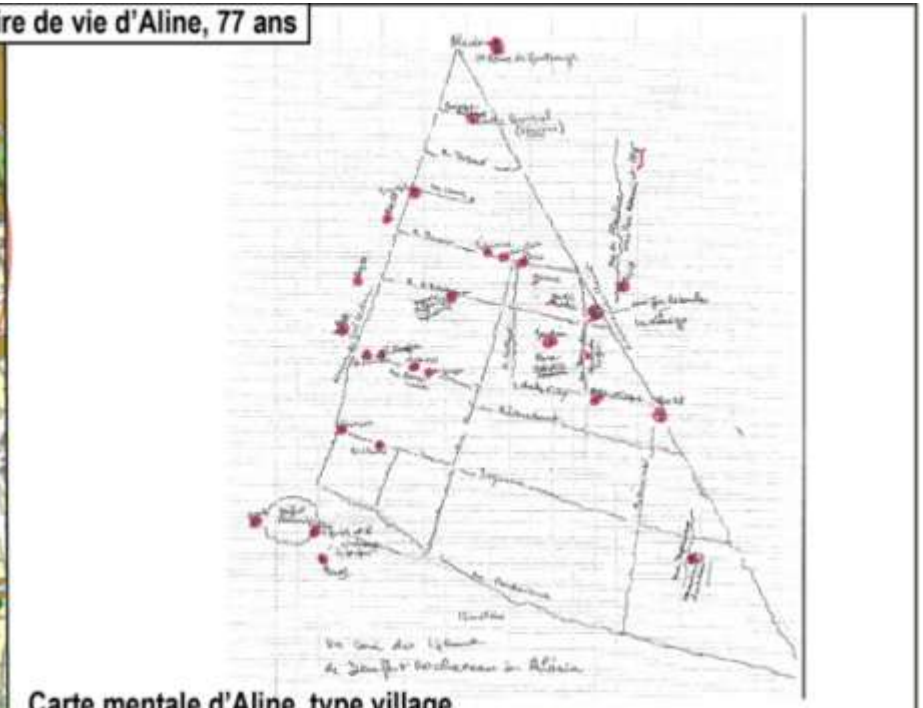
Nicole a 87 ans et a une «bonne» appropriation territoriale. Elle a grandi et vieilli dans son quartier. Célibataire, Nicole est très investie auprès de sa voisine plus âgée et aveugle. Sa semaine est rythmée par ses activités bénévoles à la paroisse St Pierre de Montrouge et dans le 17ème. Elle prend le métro «*presque tous les jours mais je descends et marche très lentement*». Son territoire de vie est à l'image de sa vitalité. Elle dessine sur sa carte les repères essentiels de son quartier.
(Correspondance)

Place V. et H. Basch ©B.Nader 2009

Planche n°70 : territoire de vie d'Aline, 77 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

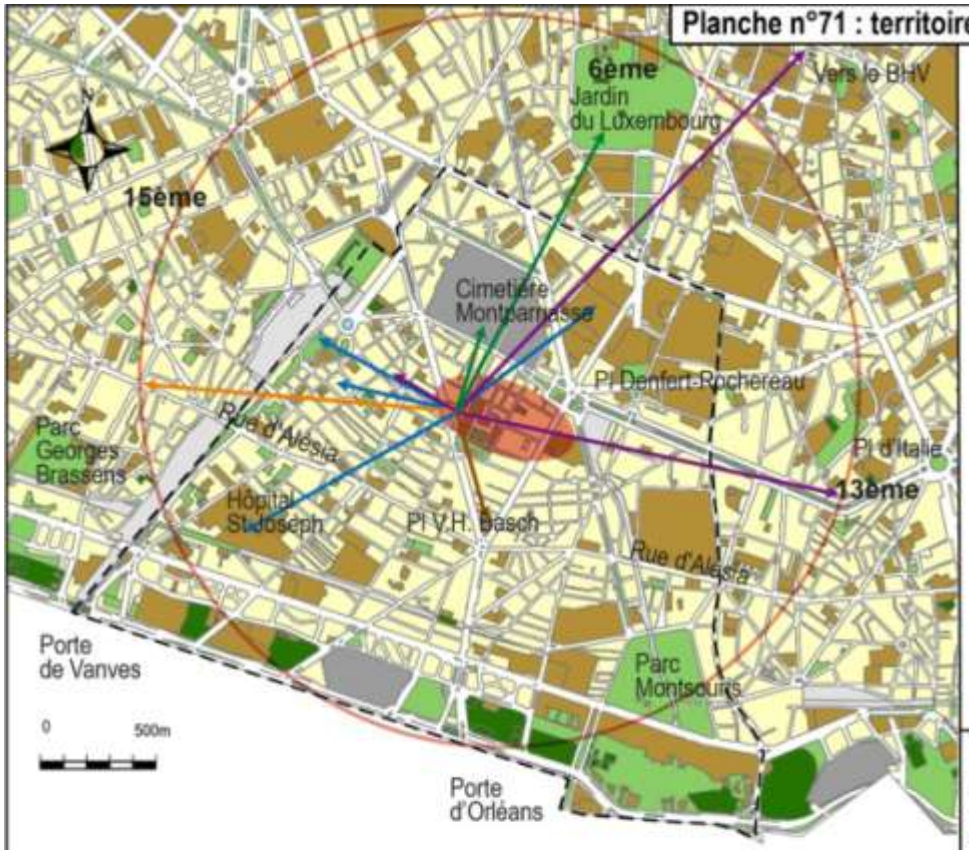


Carte mentale d'Aline, type village

Aline a une «bonne» appropriation territoriale. Engagée et militante, Aline est bénévole dans plusieurs associations dont le Comité des retraités du Point Paris Emeraude qui est «*sa deuxième famille*». Elle aime la vie, son quartier, ses amies : son ancrage territorial est fort dans le 14ème. Elle dessine son quartier avec une grande précision.
(Correspondance)

Place du marché, rue Boulard ©GP/NN 2011

Planche n°71 : territoire de vie d'Ines, 80 ans

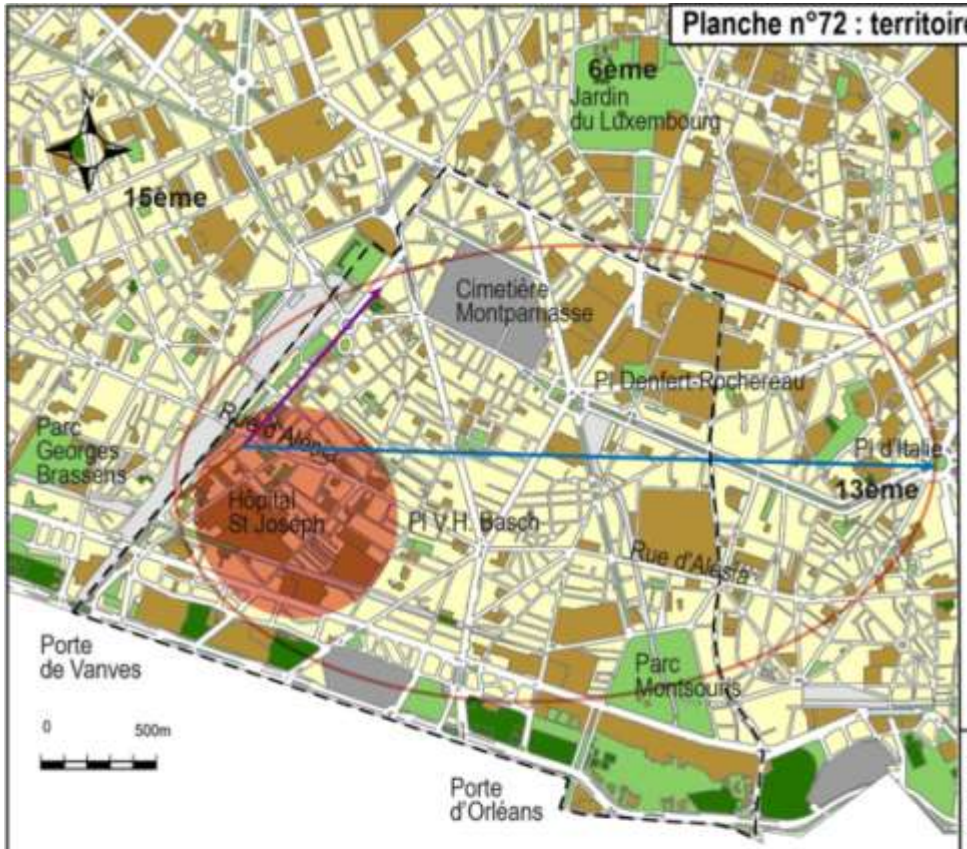


© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

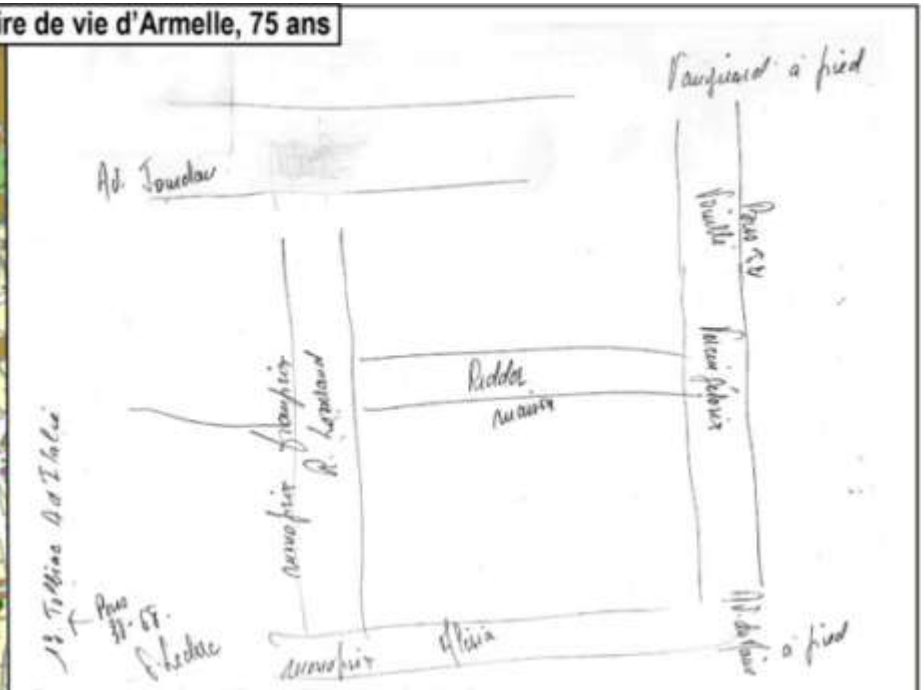
Carte mentale d'Ines, type village

Ines a une «solide» appropriation territoriale. Elle est bénévole dans de nombreuses associations qui se situent toutes à proximité de son domicile : son quartier est *«épatant, j'ai tout à proximité ! Je suis connue et je connais de nombreuses personnes»*. Son territoire de vie est à géométrie variable entre le 14ème et Paris en fonction de ses visites familiales, de ses promenades. Elle se déplace le plus souvent en bus. *(Correspondance)*

Planche n°72 : territoire de vie d'Armelle, 75 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

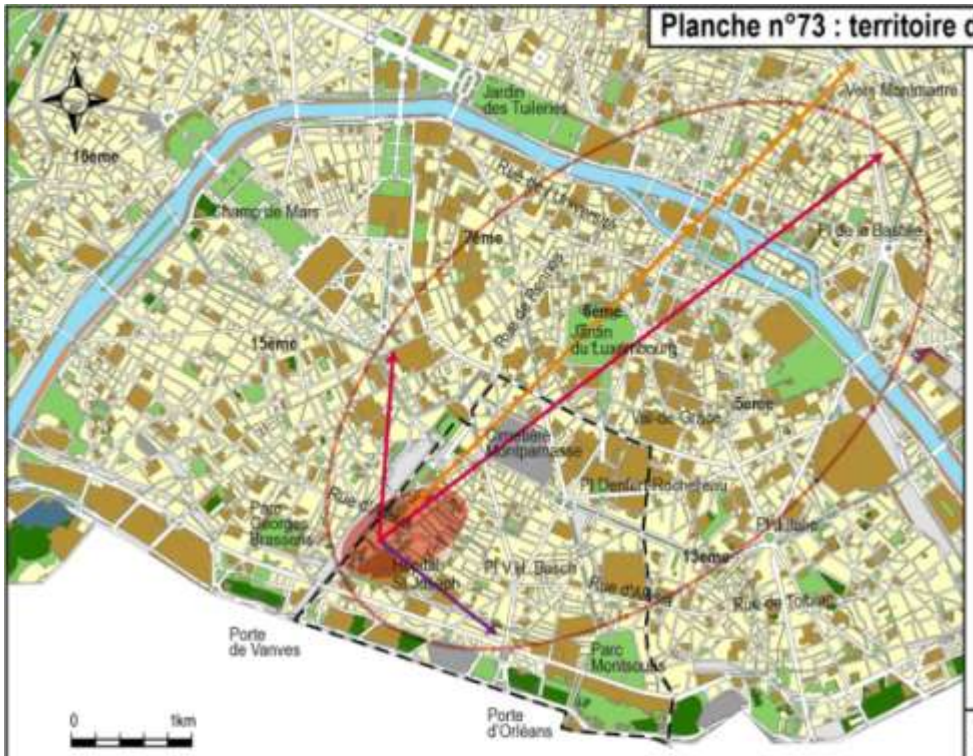


Carte mentale d'Armelle, type intimiste

Armelle a une «bonne» appropriation territoriale. Célibataire, habitant depuis dix ans dans la résidence-appartement Ridder, elle apprécie son quartier car «*il y a tout sous la main*». Elle aime se promener à pied dans l'arrondissement. Indépendante, elle ne souhaite pas participer à un club où à des activités en groupe «*cela ne m'intéresse pas*». Sa résidence est au centre de sa carte : elle y indique les directions vers lesquelles elle se dirige à pied ou en bus.
(Entretien)

Métro plaisance, rue d'Alésia ©B.Nader 2008

Planche n°73 : territoire de vie de Germain, 77 ans



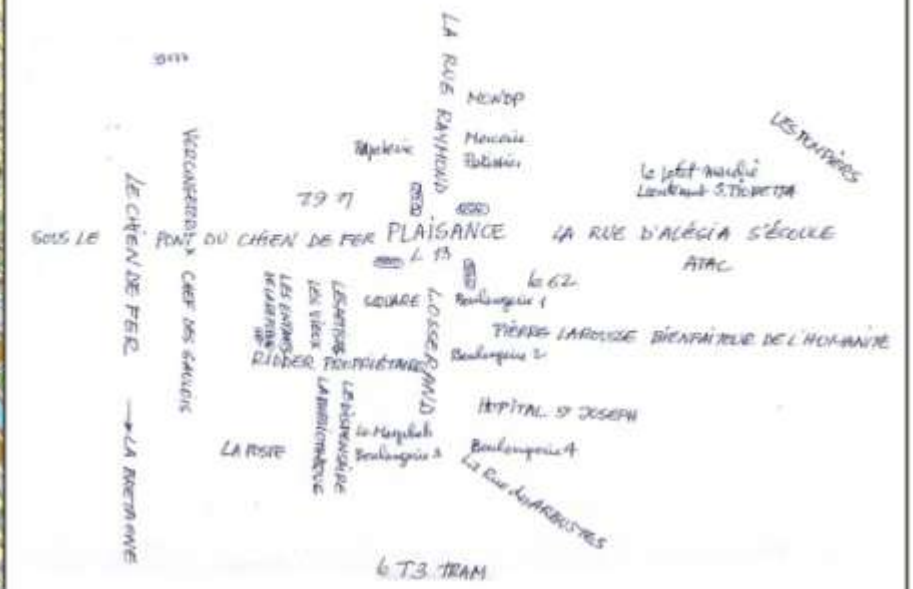
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Germain, à géométrie variable du 14ème à Montmarte

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

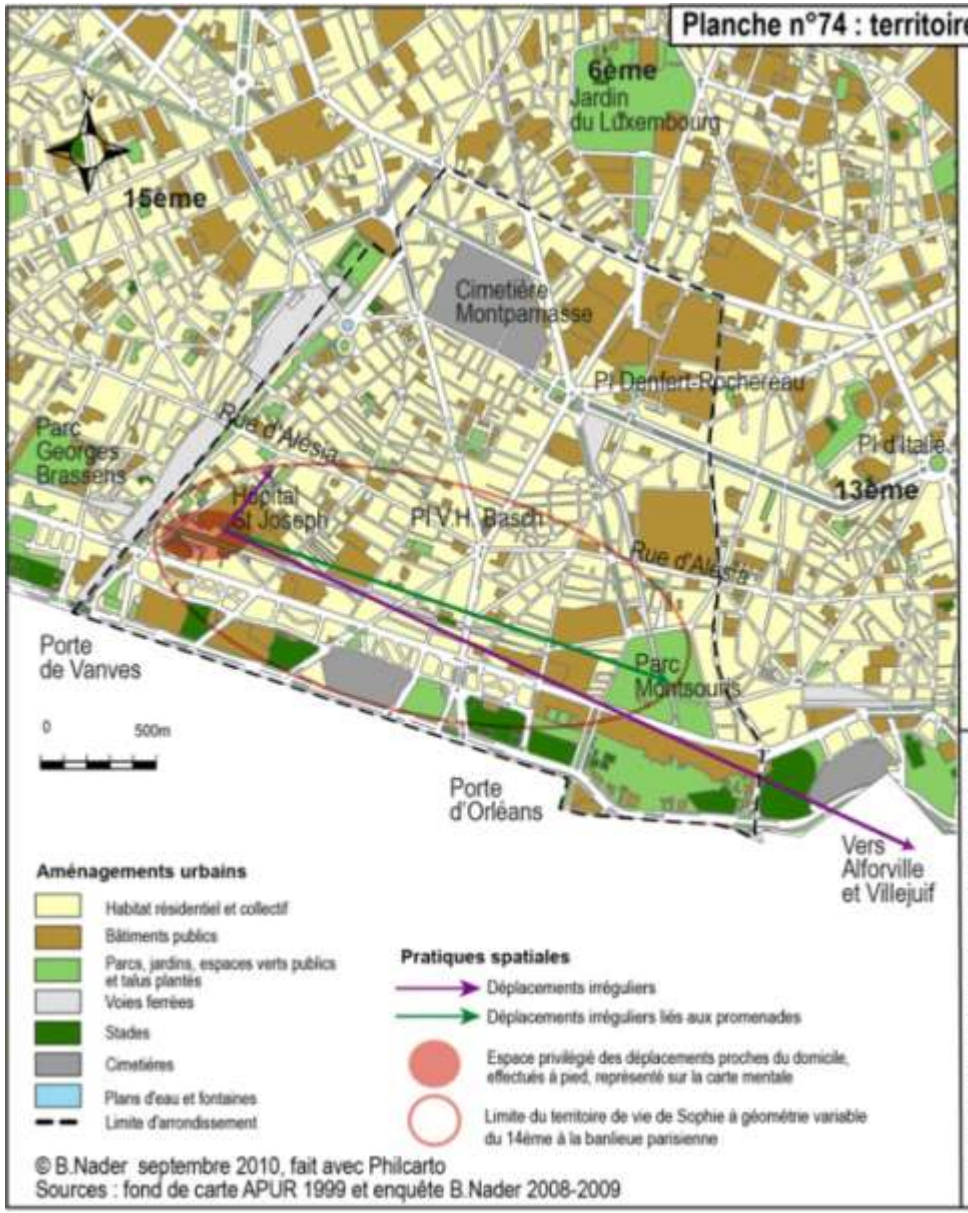


Carte mentale de Germain, type village

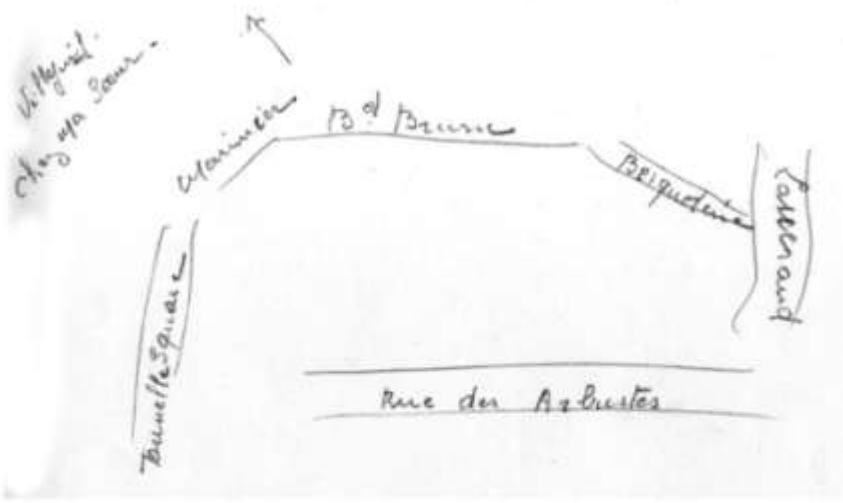
Germain a une «assez bonne» appropriation territoriale : Il habite dans la résidence-appartement Plaisance depuis 4 ans. Il a toujours habité le 14ème. Il apprécie son quartier pour ses commodités mais se méfie de la rue R. Losserand et des habitants de l'immeuble du n°156 qu'il nomme «le Maghreb» sur sa carte mentale. Malgré une certaine fatigue, il est bénévole dans deux associations dans Paris : il y trouve «*de la chaleur humaine*». Sa carte mentale est constituée de mots qui forment le plan du quartier où il indique les commerces de proximité, les moyens de transports et des commentaires. *(Entretien)*

Square Alésia-Ridder ©B.Nader 2008

Planche n°74 : territoire de vie de Sophie, 84 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

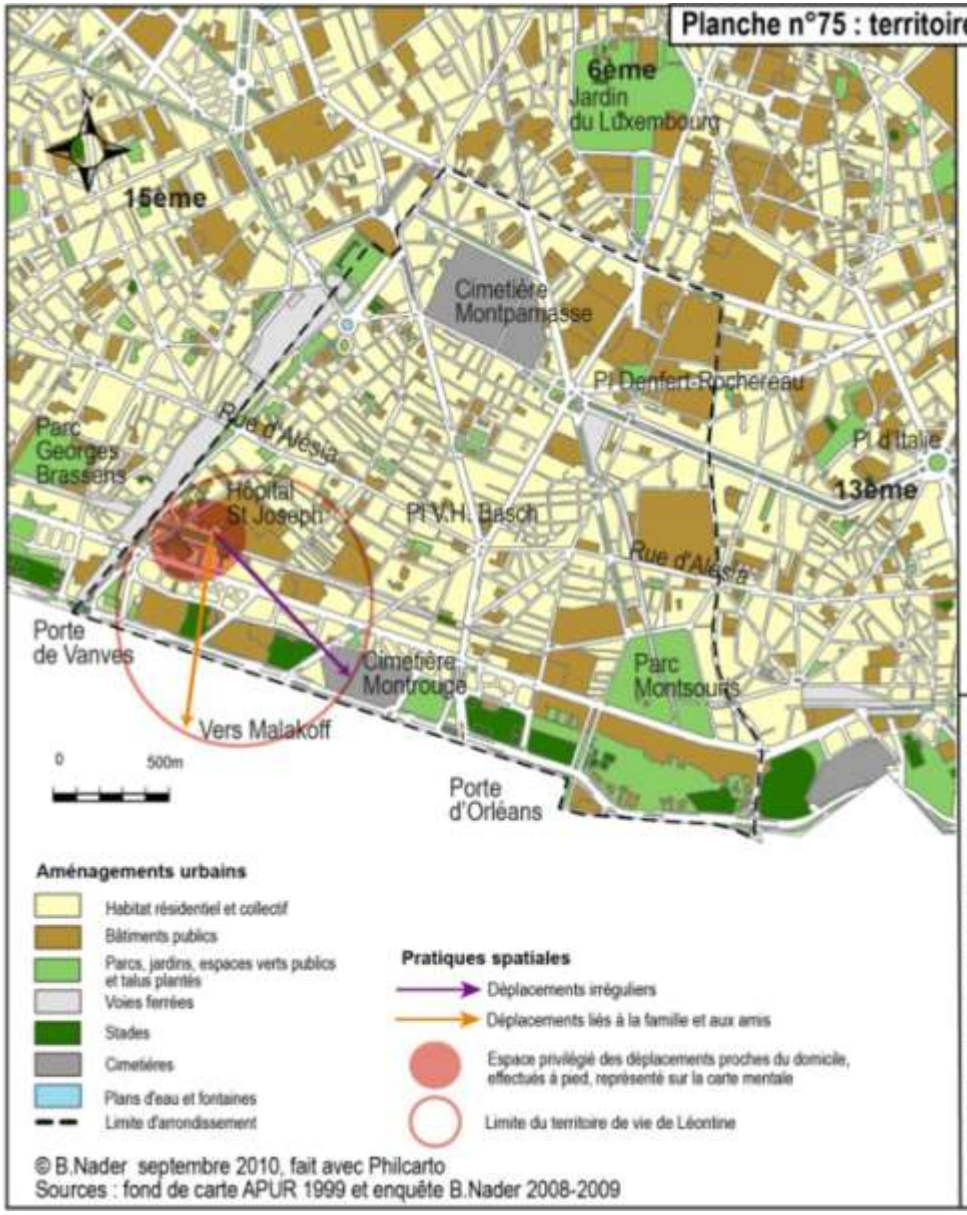


Carte mentale de Sophie, type intimiste

Sophie a une appropriation territoriale «fragile». Veuve depuis trente-sept, ans elle a souhaité venir habiter dans la résidence-services des Arbustes pour se sentir en sécurité et être près de ses enfants. Elle se sent bien à la résidence et participe aux activités manuelles. Elle évoque son bénévolat à l'hôpital de Villejuif qu'elle vient d'arrêter car elle trop fatiguée. Elle se déplace irrégulièrement à Villejuif pour voir sa sœur. Sa carte mentale représente le paté de maison où elle fait ses courses. Une flèche évoque l'extension de son territoire de vie vers Villejuif. *(Entretien)*

Square de la rue des Arbustes ©B.Nader 2008

Planche n°75 : territoire de vie de Léontine, 82 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

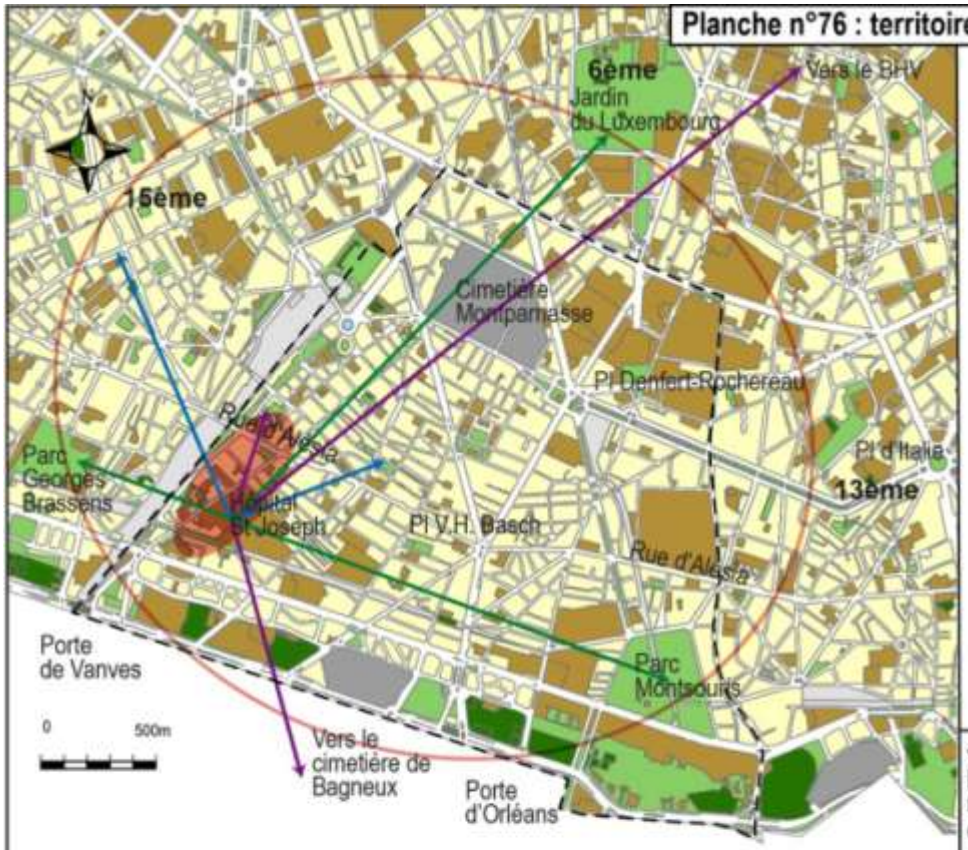
Résidence rue des Arbustes
rue Didot rue d'Alésia rue Raymond Losserand
rue de Vanves rue de Tolbiac
Boulevard Brune

Carte mentale de Léontine, type intimiste

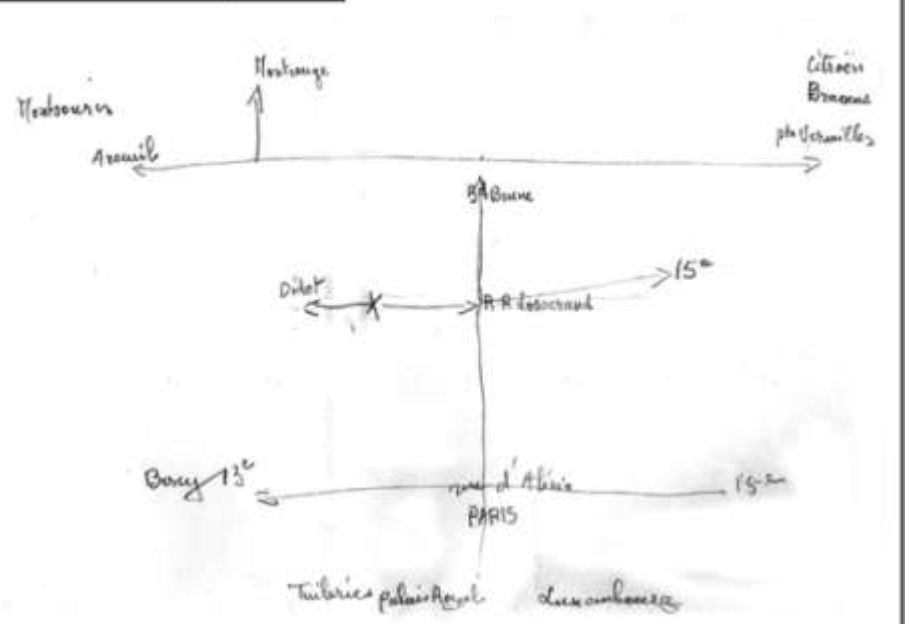
Léontine a une «assez bonne» appropriation territoriale. Célibataire, elle s'est installée dans la résidence-services des Arbustes après une grosse opération. Elle y est bien et surtout est très attachée au quartier «*j'ai toujours vécu ici, quatre-vingts ans dans le 14ème, c'est quelque chose !, c'est mon quartier, je suis heureuse d'être ici.*» Léontine est très engagée «*au point de vue humanitaire, au secours catholique*». Elle participe aussi à une association paroissiale. Sa participation sociale la dynamise et lui assure un ancrage territorial. (Entretien)

Jardin potager du square de la rue des Arbustes © B.Nader 2008

Planche n°76 : territoire de vie de Jeanne, 87 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

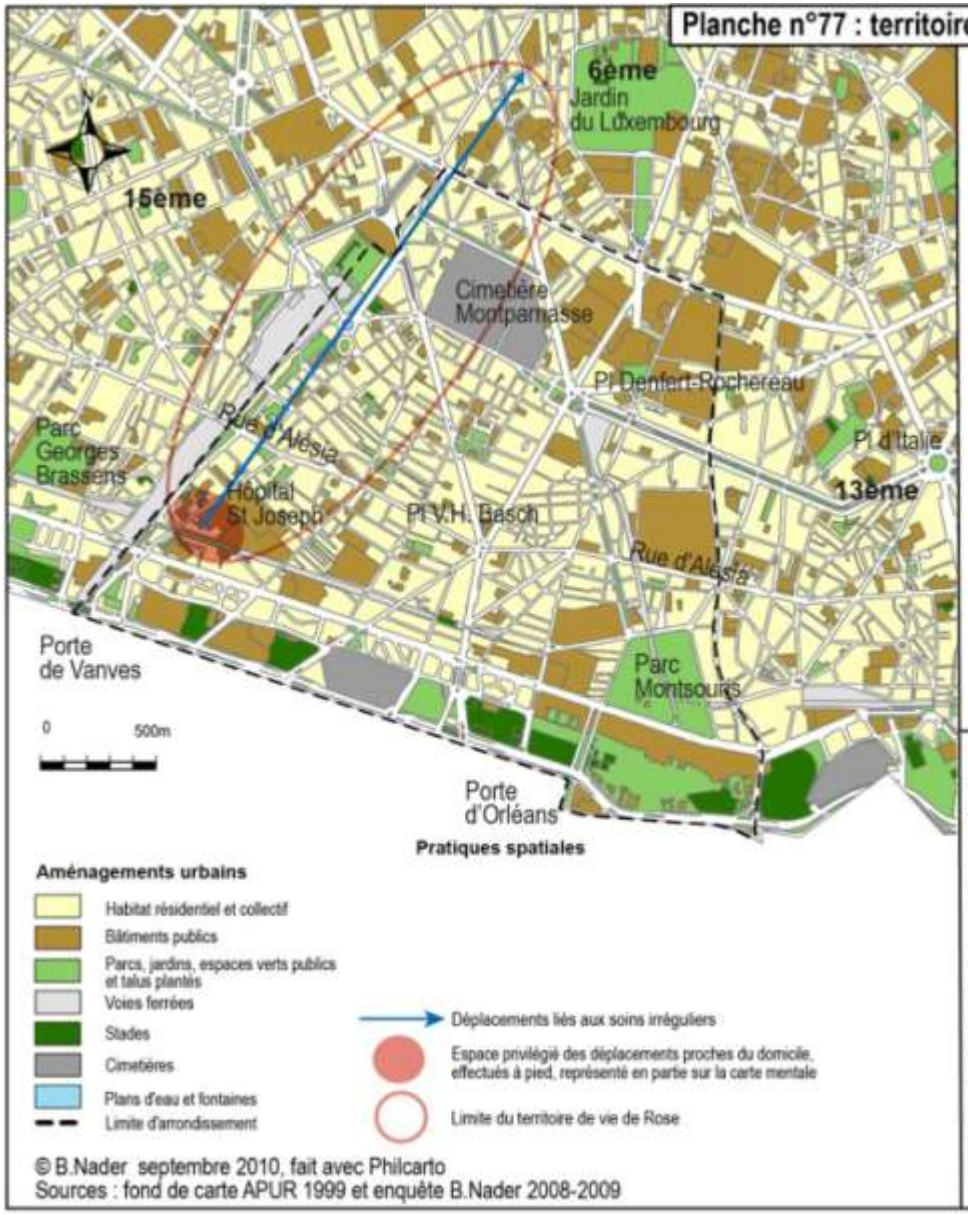


Carte mentale de Jeanne, type village

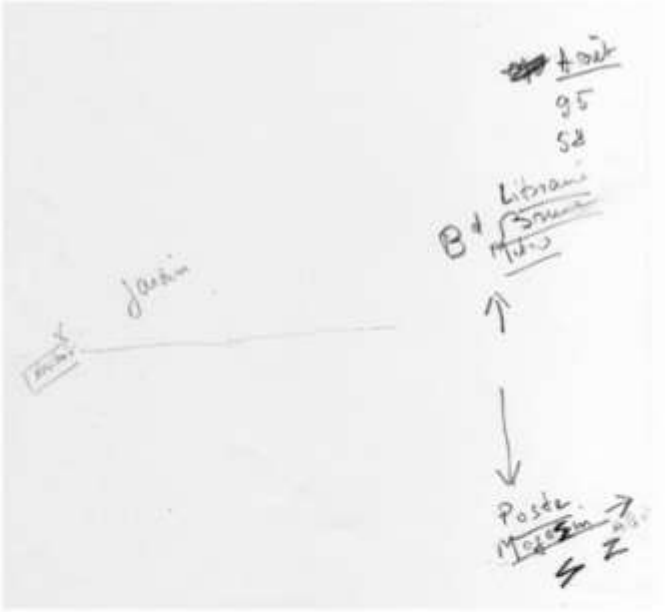
Jeanne a une «assez bonne» appropriation territoriale : elle habite dans la résidence-services des Arbustes depuis vingt ans. Elle se sent bien dans ce quartier, c'est elle qui fit la demande «*mon père était déjà dans ce quartier*».Elle participe aux activités de la résidence, en particulier à l'atelier mémoire. Cette ancienne institutrice a conservé de nombreux liens avec ses collègues et certains de ses élèves chez qui elle se rend en banlieue. Elle dessine sur carte un organigramme qui lui permet de dessiner l'ensemble de son territoire de vie à géométrie variable. *(Entretien)*

Rue Raymond Losserand ©B.Nader 2008

Planche n°77 : territoire de vie de Rose, 90 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

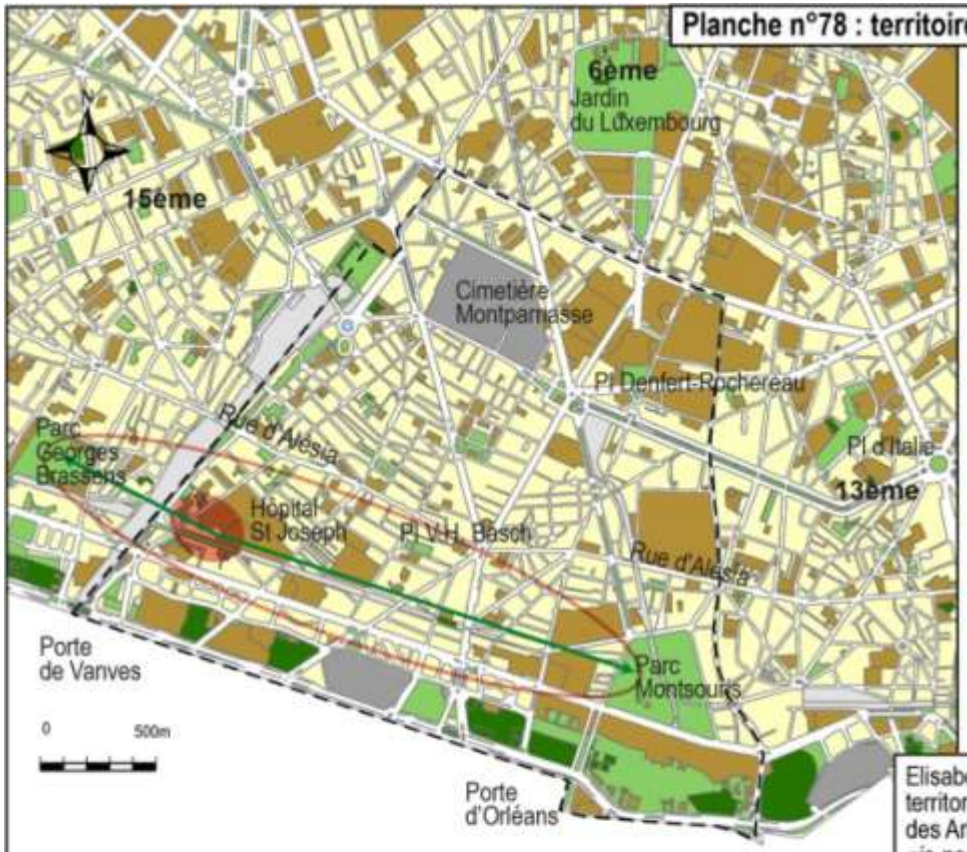


Carte mentale de Rose, type village

Rose a 90 ans et a une «assez bonne» appropriation territoriale. elle habite dans la résidence services des arbustes depuis 2006. Elle s'estime «*en exil, ici il n'y a rien*». Elle ne sort plus beaucoup : elle appréhende de traverser la rue Losserand, trop dangereuse. Son territoire de vie se rétrécit peu à peu. Elle s'investit dans la résidence pour «*faire changer les choses, pour que ce soit plus dynamique*». Elle va de temps en temps à la paroisse Notre Dame du Rosaire pour participer à des réunions. Sa carte mentale représente la rue de la résidence et l'axe de la rue Losserand où elle fait ses courses.*(Entretien)*

Square de la rue des Arbustes ©B.Nader 2008

Planche n°78 : territoire de vie d'Elisabeth, 84 ans



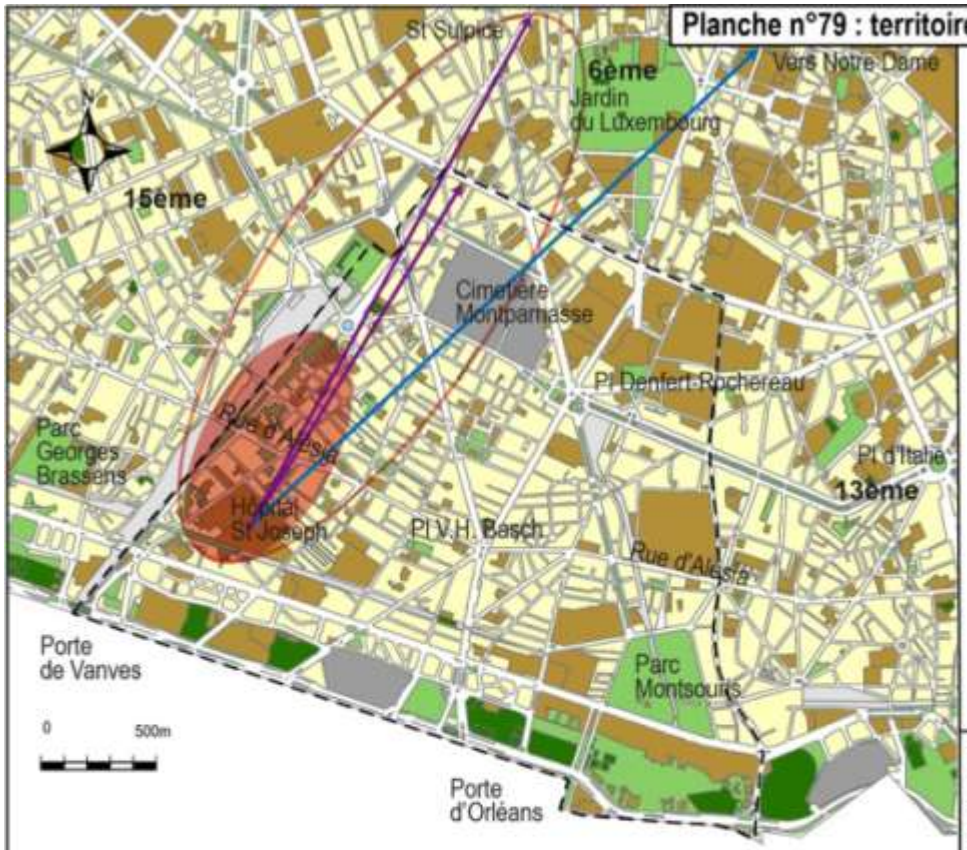
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale d'Elisabeth, type village

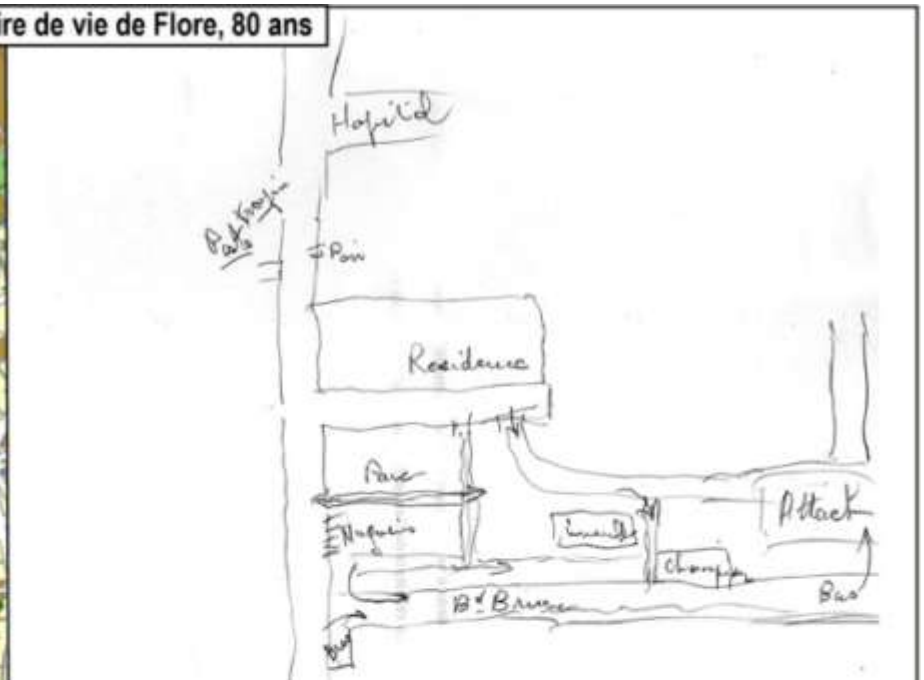
Elisabeth a une «assez bonne» appropriation territoriale : Elle habite la résidence-services des Arbustes depuis 4 ans. Elle ne s'y fait pas *«je ne suis pas attachée à ce quartier, quand je prends le bus, je vais à Paris, pour moi je ne suis pas à Paris ici, on est loin de tout. Je n'ai pas une vie vivante.»* Elisabeth refuse de participer aux activités de la résidence, ça ne l'intéresse pas : *«les jeux ne me plaisent pas, je voudrais rencontrer des gens qui ont mon esprit, des gens de tous âges.»*. Sa carte mentale est difficile à lire : elle trace le chemin qu'elle prend pour se rendre à la porte d'Orléans, pour faire ses courses. Son territoire de vie s'étend du parc Brassens au parc Montsouris où elle aime se promener. *(Entretien)*

Metro Porte de Vanves, Bld. Brune
©B.Nader 2011

Planche n°79 : territoire de vie de Flore, 80 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



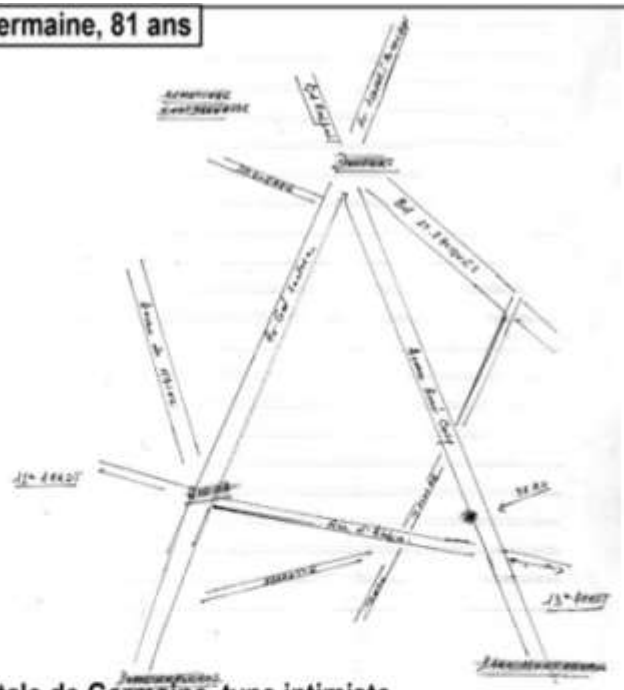
Carte mentale de Flore, type village

Flore a une appropriation territoriale «fragile». Elle habite la résidence-services des Arbustes depuis 6 ans, elle «*y a pris ses petites habitudes*». Très dynamique, elle participe dès qu'elle le peut aux activités proposées par le Centre d'action Sociale ainsi qu'aux activités manuelles de la résidence. Sa carte mentale est très précise et bien orientée : elle connait bien le quartier et dessine des flèches pour tracer son parcours. Elle est cependant fragilisée par des problèmes familiaux et surtout par des problèmes de santé dont des troubles cognitifs débutants.
(Entretien)

Promenade du square de la rue des arbustes
©B.Nader 2008

Planche n°80 : territoire de vie de Germaine, 81 ans

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

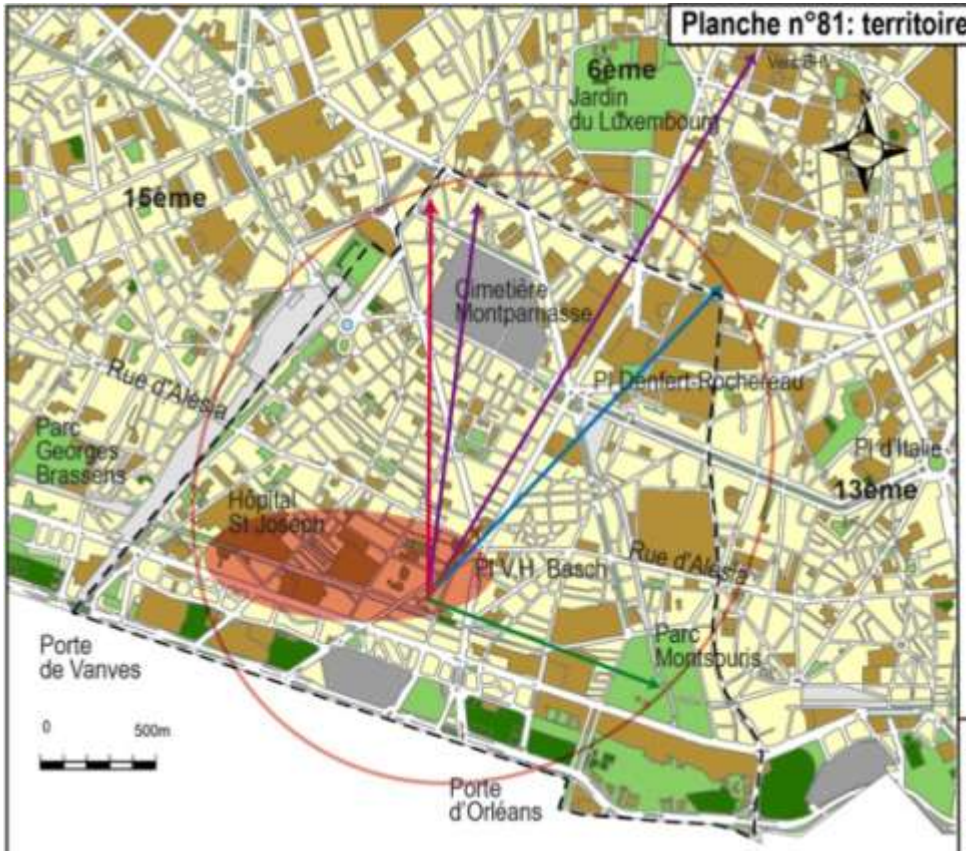


Carte mentale de Germaine, type intimiste

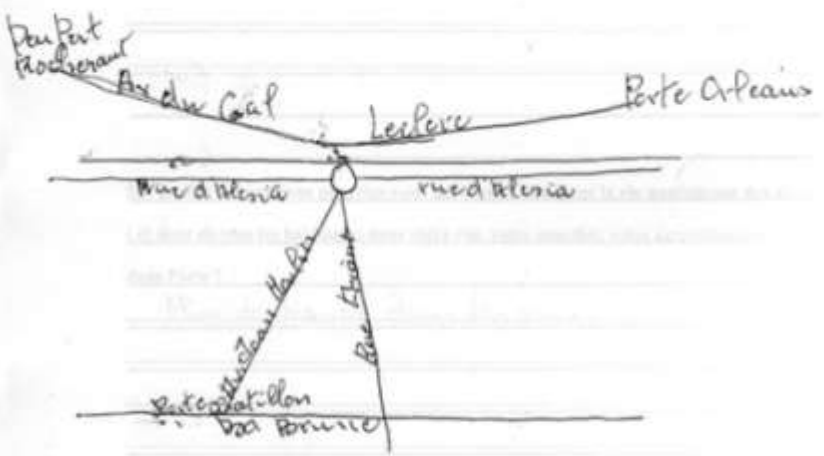
Germaine a une «solide appropriation territoriale». Elle habite dans son quartier depuis 1957 et y est y très attachée. «*Je m'intéresse à son histoire et je suis avec intérêt ses évolutions et ses transformations pour améliorer la cadre de vie*». Elle participe à une association «L'art pour tous». Entre ses visite de musées, ses visites chez ses amis et ses enfants, Germaine a des semaines bien occupées. Son territoire de vie est à géométrie variable en fonction de ses activités. Sa carte mentale établit son quartier entre les quatre lieux qu'elle a surlignés. *(Correspondance)*

Avenue René Coty ©B.Nader 2009

Planche n°81: territoire de vie de Caroline, 78 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



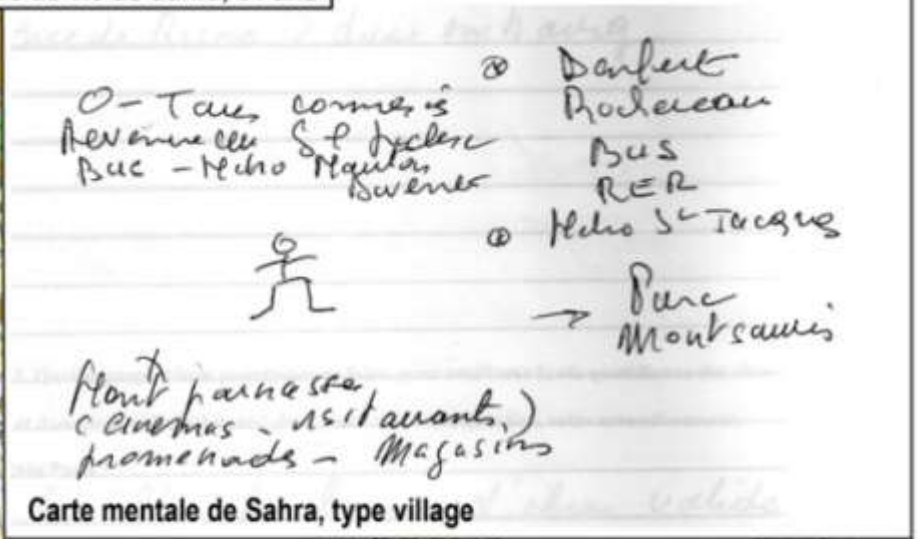
Carte mentale de Caroline, type minimaliste

Caroline a une appropriation territoriale «fragile » : veuve, sans enfants, ses problèmes de santé la fragilisent et l'oblige à se ménager. Passionnée de lecture, elle est bénévole dans une bibliothèque : *«Avec mon association, j'y recherche le contact, la solitude étant pénible à vivre d'autant plus lorsqu'on a de sérieux problèmes de santé.»* Sa participation sociale est essentielle pour conserver son autonomie. Elle dessine un organigramme sur sa carte mentale : elle indique ses repères mais a des difficultés à s'orienter. *(Corespondance)*

Rue Friant ©B.Nader 2009

Planche n°82 : territoire de vie de Sahra, 81 ans

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

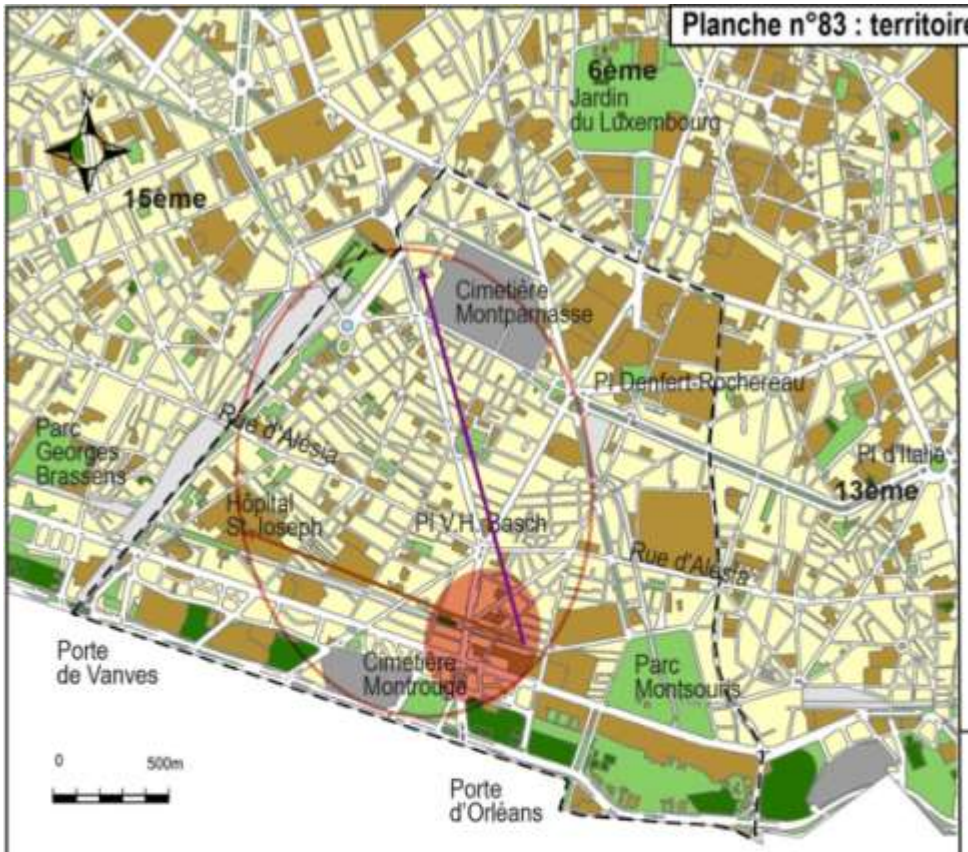


Carte mentale de Sahra, type village

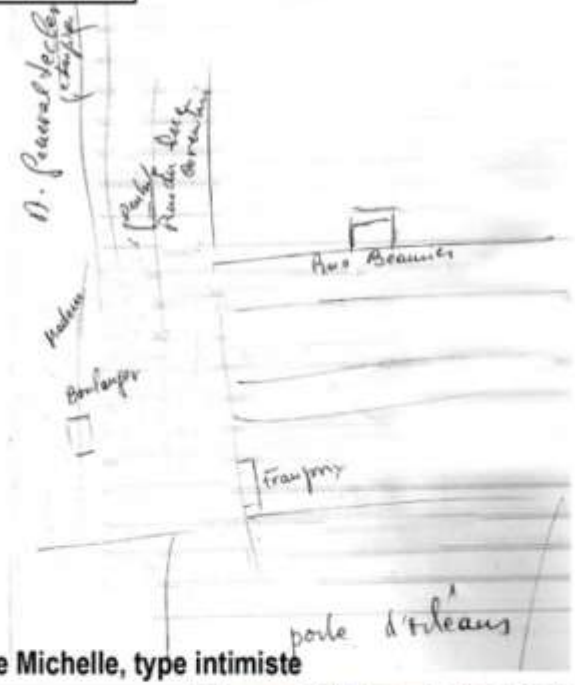
Sahra a une «assez bonne» appropriation territoriale : elle habite un quartier «*agréable, aéré, vert où j'ai tous les commerces à proximité ainsi que les transports.*» Sahra profitent des expositions dans paris et visite ses amies régulièrement. Elle n'est pas attirée par des activités récréatives et ne souhaitent pas s'engager :«*je suis très indépendant et mes amitiés me suffisent*». Sa carte mentale ressemble à une bande dessinée : elle se dessine au centre en mouvement, et indique les directions empruntées. *(Correspondance)*

Boulevard Montparnasse ©B.Nader 2011

Planche n°83 : territoire de vie de Michelle, 85 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



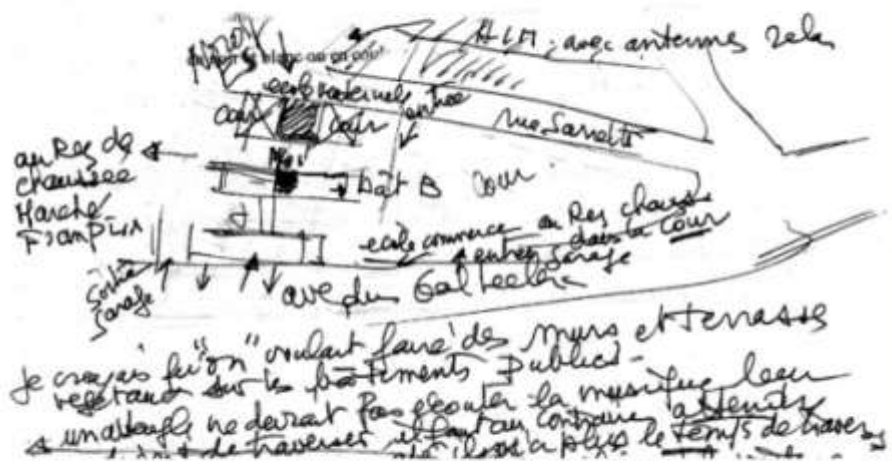
Carte mentale de Michelle, type intimiste

Michèle a une «assez» bonne appropriation territoriale. Célibataire, elle sort peu de son domicile excepté pour aller jouer au scrabble avec ses amies du quartier. «*Je suis depuis longtemps dans mon quartier, alors je m'y suis attachée, il est calme et mon immeuble est bien sécurisé*». Ses déplacements sont proches de son domicile pour les courses du quotidien qu'elle fait avec une aide-ménagère. Parfois, elle prend le bus jusqu'à Montparnasse. *(Correspondance)*

Avenue du GL Leclerc ©B.Nader 2009

Planche n°84 : territoire de vie de Valentine, 83 ans

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

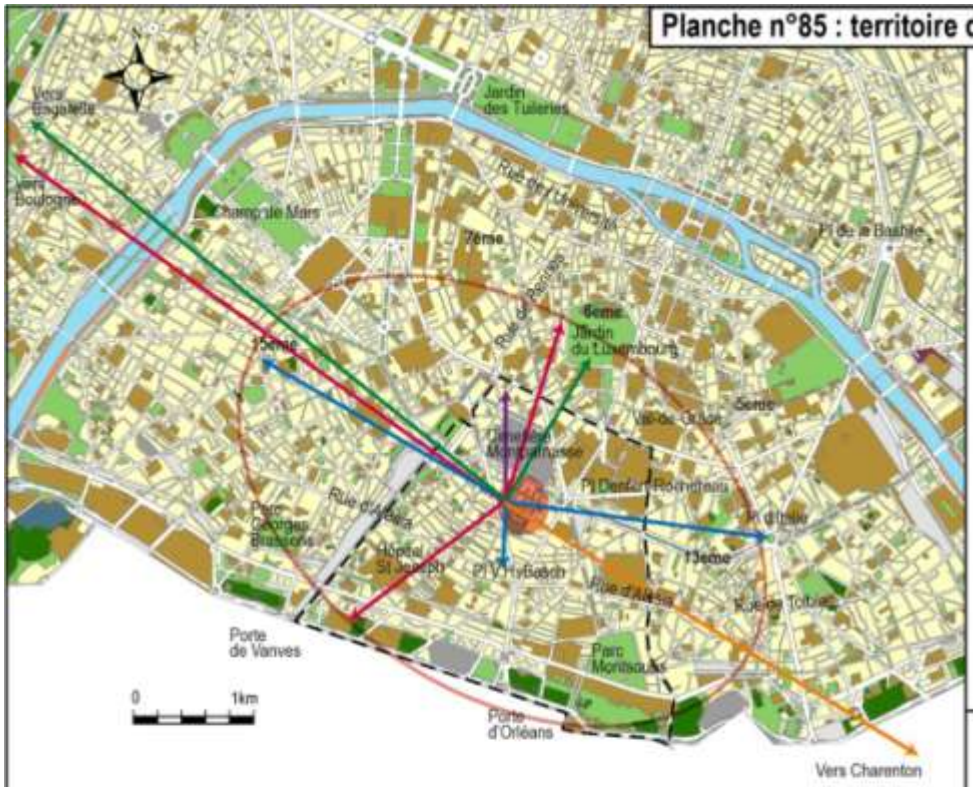


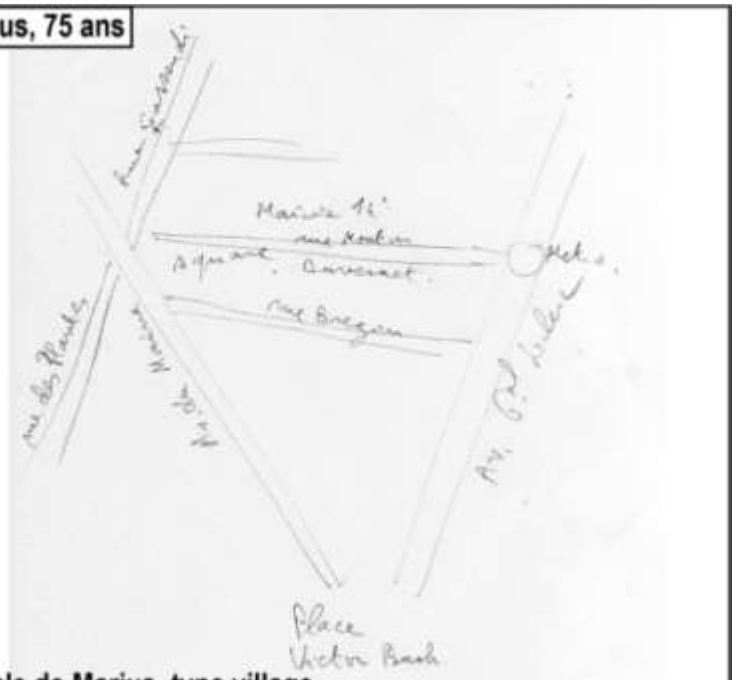
Carte mentale de Valentine, type intimiste

Valentine a appropriation territoriale «fragile» : célibataire, elle a déménagé au début de sa retraite pour des raisons financières, elle se sent isolée, peu entourée malgré «*une ribambelle de neveux et de nièces*». Depuis cinq ans elle ne participe plus aux multiples activités auxquelles elle participait : son manque de participation sociale participe de son état dépressif. Elle rejette son quartier, se sent en insécurité «*condamner à crever dans une pièce !*» Elle dessine le bloc d'immeubles en montrant tous les défauts : son dessin lui permet d'argumenter l'ensemble de ses récriminations. Ses visites médicales élargissent sont territoire de vie. *(Correspondance et entretien téléphonique)*

Avenue du General Leclerc
©GP/NN 2011

Planche n°85 : territoire de vie de Marius, 75 ans





Carte mentale de Marius, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

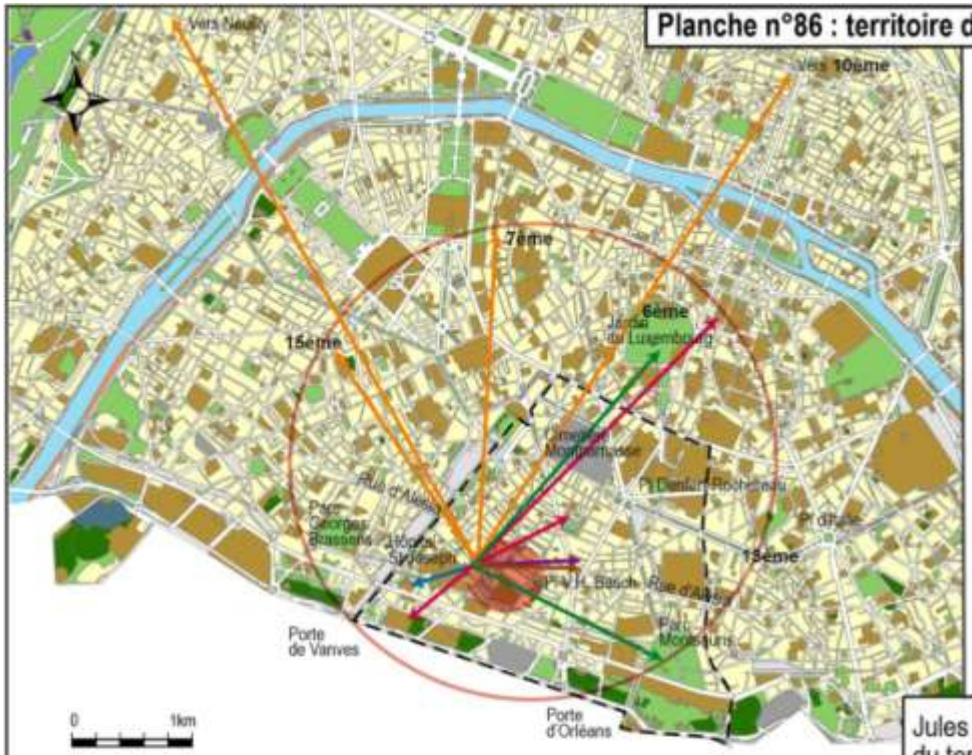
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Marius à géométrie variable, qui s'étend du 14éme à la banlieue parisienne

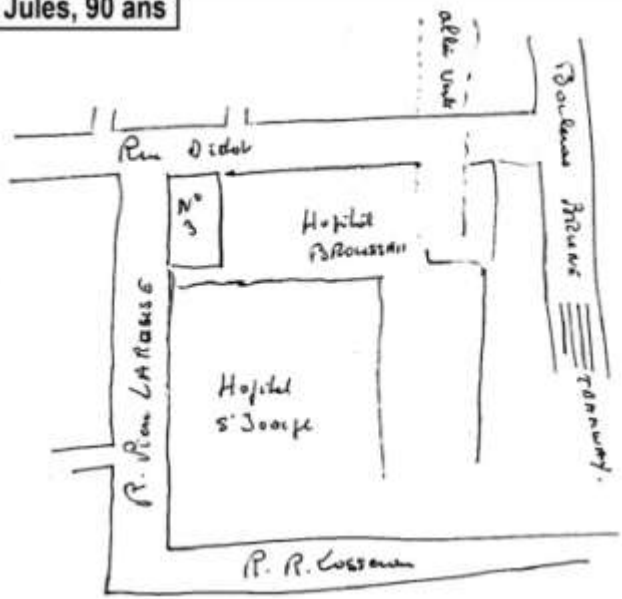
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Marius a une «solide» appropriation territorial. Investi dans de nombreuses associations, il parcourt Paris pour écouter des conférences et participer à «*des clubs de prise de parole en public*» qui lui apporte «*une assurance, un développement personnel*». Sa participation sociale est le socle de son dynamisme et de sa production de territoire. Il apprécie le quartier où il habite pour «*son animation, ses petits commerçants, son échelle humaine*».Sa carte mentale représente un plan simple avec les principaux repères. *(Entretien)*

Rue Brezin ©GP/NN 2011

Planche n°86 : territoire de vie de Jules, 90 ans





Carte mentale de Jules, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

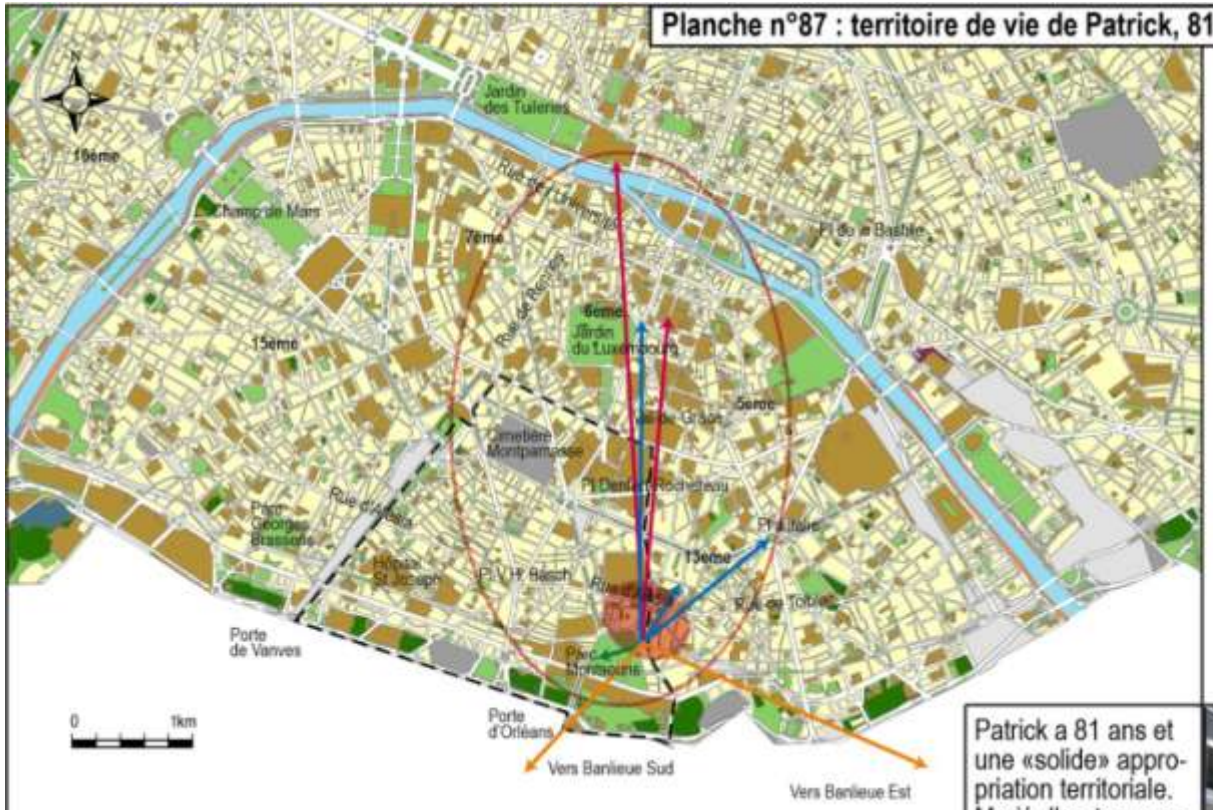
Pratiques spatiales

- Déplacement confessionnel irrégulier
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté en partie sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Jules, visible sur la carte mais qui s'étend en banlieue

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Jules a une «solide» appropriation du territoire. Breton d'origine, il est devenu parisien depuis 4 ans avec sa femme pour s'installer près de ses enfants et de ses petits-enfants. Son territoire de vie est très large, il parcoure Paris pour écouter des conférences, joue au bridge et participe aux animations de la Maison Ouverte. Sa participation sociale, les liens familiaux lui permettent de s'approprier l'espace parisien en métro ou en bus n'ayant aucune appréhension dans les transports en commun.
(Correspondance)

Planche n°87 : territoire de vie de Patrick, 81 ans



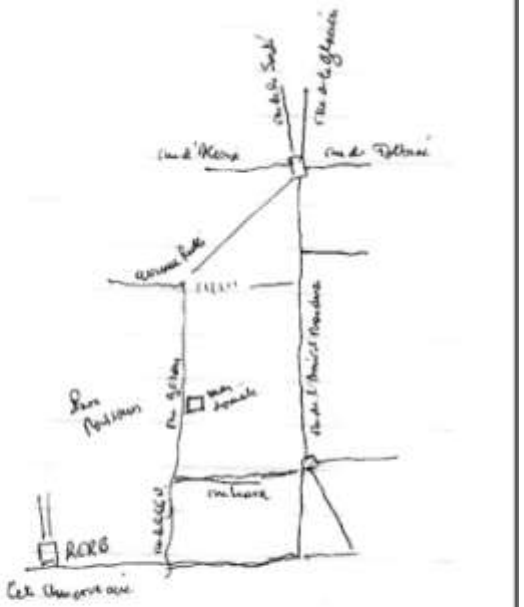
Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements liés aux soins irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, dont une partie est représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Patrick

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

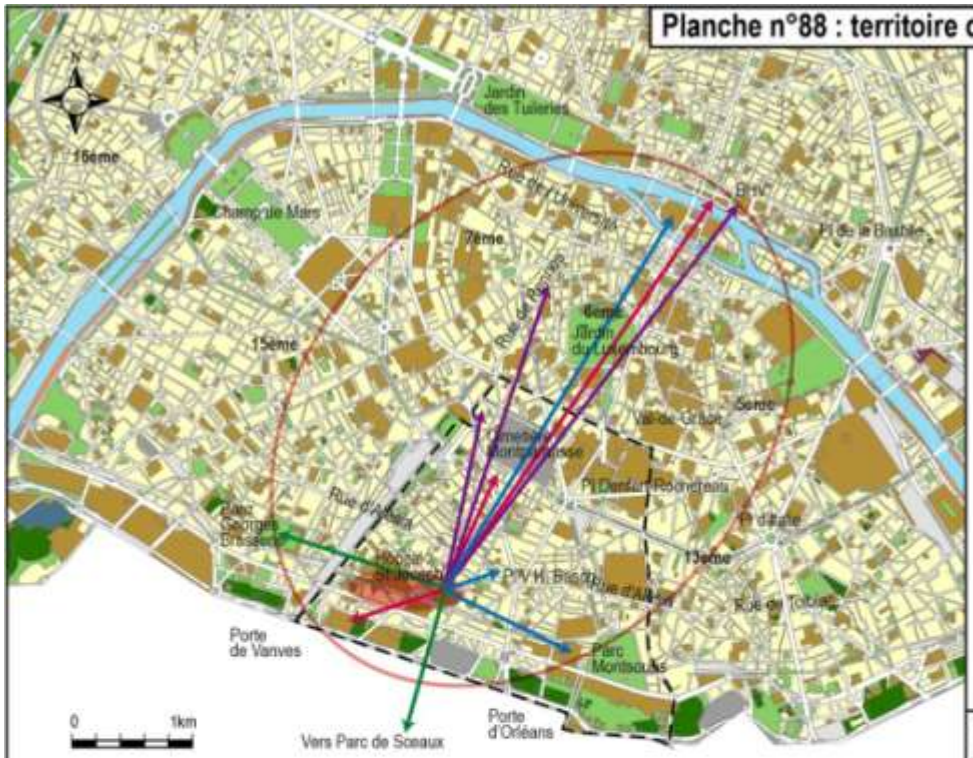


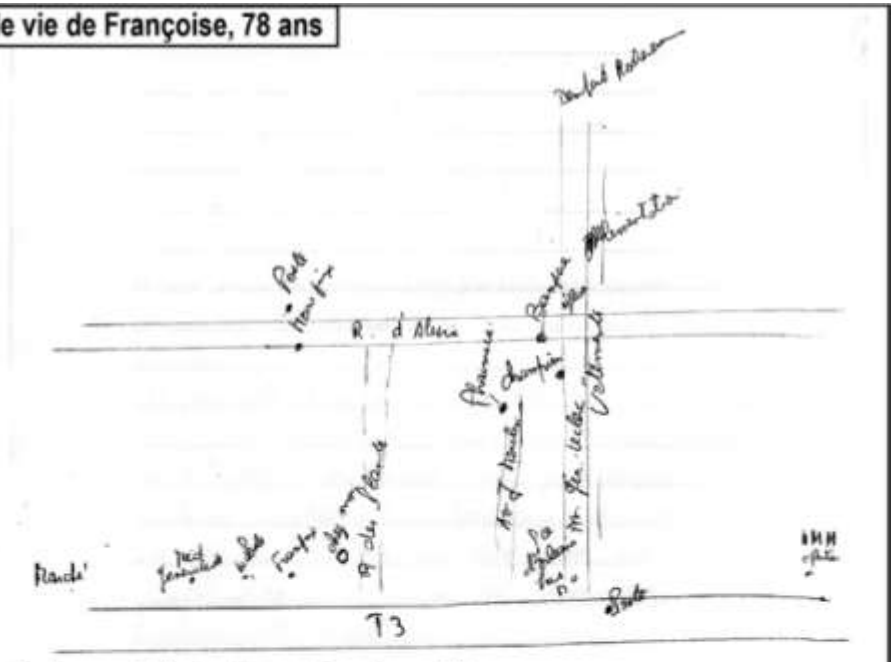
Carte mentale de Patrick, type village

Patrick a 81 ans et une «solide» appropriation territoriale. Marié, Ilpartage son temps entre ses activités militantes et culturelles. Son territoire de vie s'étend en banlieue où habitent ses enfants. Sa carte mentale représente un plan simple des rues de son quartier. *(Correspondance)*

Rue Gazan ©B.Nader 2009

Planche n°88 : territoire de vie de Françoise, 78 ans





Carte mentale de Françoise, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

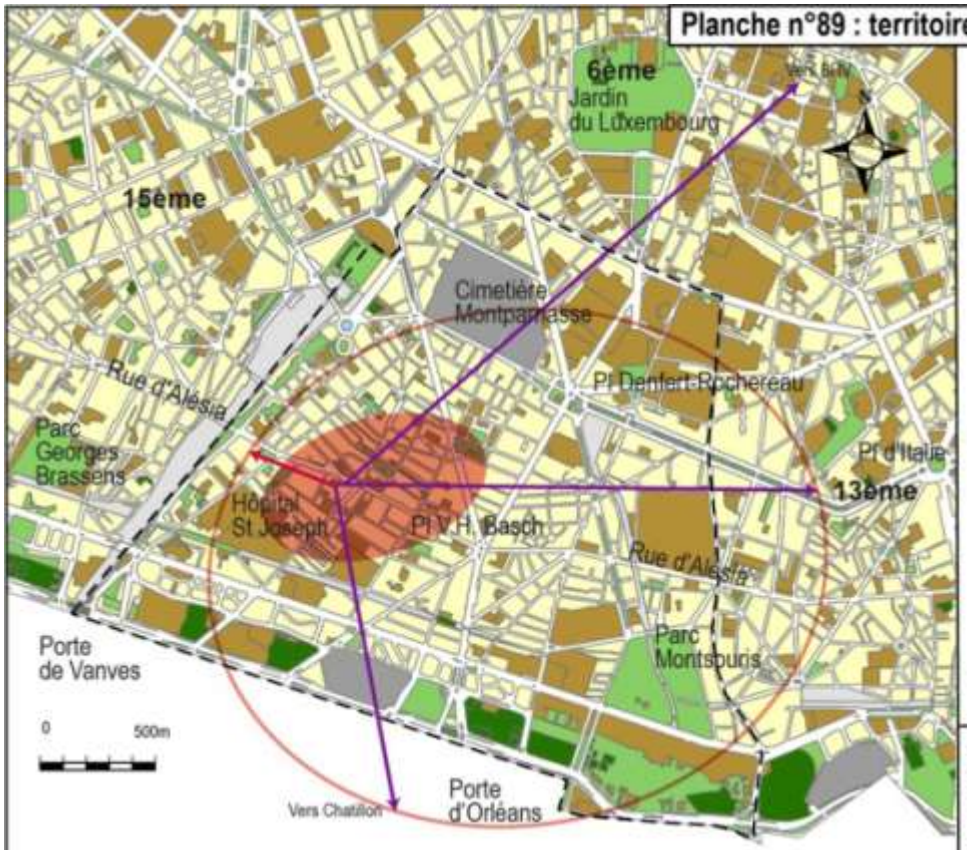
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Déplacements irréguliers liés aux soins
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Déplacements liés à la famille et aux amis
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Françoise à géométrie variable du 14ème à la banlieue parisienne

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

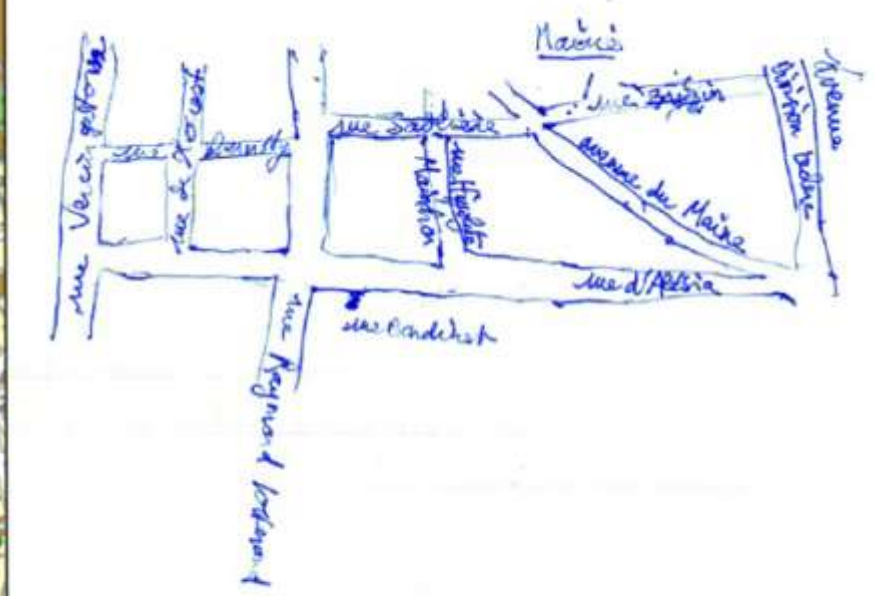
Françoise a une «solide» appropriation territoriale. Très active, elle aime se cultiver, aller dans des expositions et participe aux ateliers de la «Maison Ouvert».Elle apprécie son quartier «*dans l'ensemble, les habitants ne sont si snobs ni vulgaires.*»Elle prend volontiers le métro mais regrette l'impolitesse des «*bobos*» qui restent assis les yeux baissés! Sa carte est précise : elle y fait figurer l'ensemble des services de proximité. *(Entretien)*

Rue Friant ©B.Nader 2008

Planche n°89 : territoire de vie de Georges, 80 ans



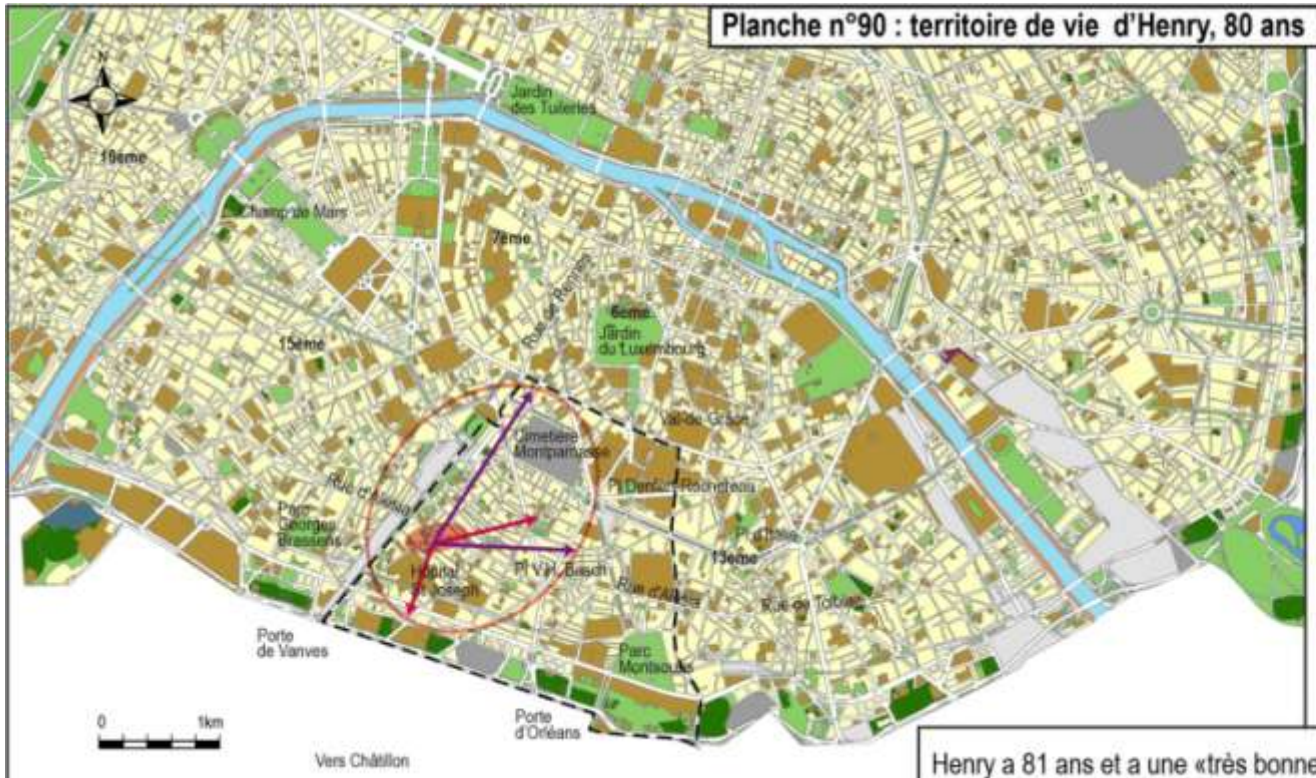
© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

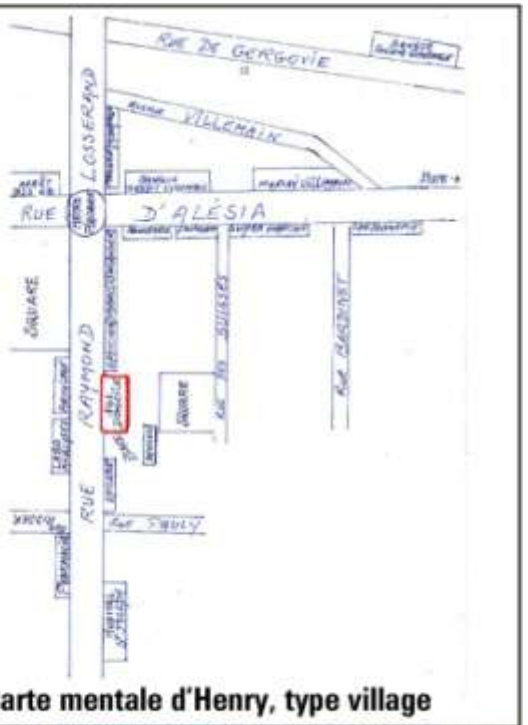


Carte mentale de Georges, type intimiste

Georges a une «solide» appropriation territoriale. Cet ancien ingénieur accompagne parfois sa femme aux activités du club sénior mais est très indépendant. Il aime le bricolage et s'occupe chez lui. Il prend très souvent les transports en commun. Il dessine sur carte mentale, l'espace qu'il parcoure à pied.
(Correspondance)

Planche n°90 : territoire de vie d'Henry, 80 ans





Carte mentale d'Henry, type village

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Hôpital
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

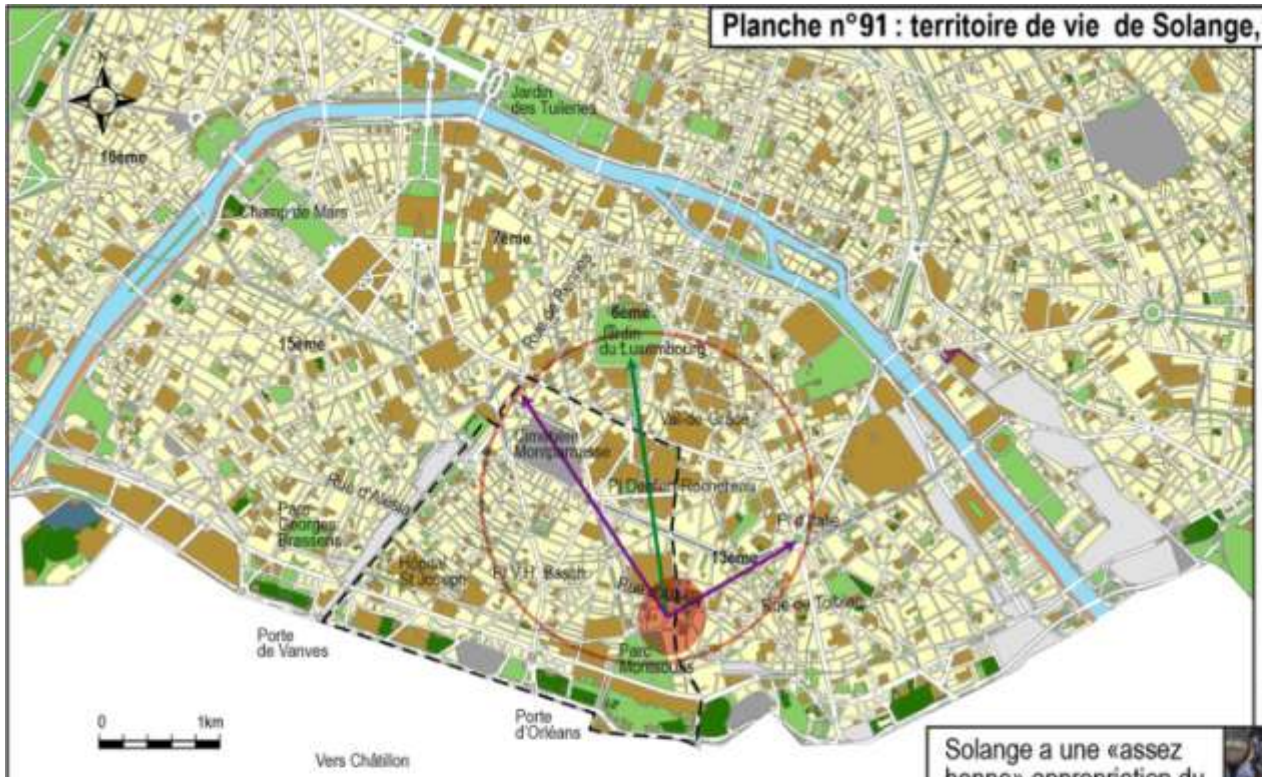
- Déplacements irréguliers
- Déplacements liés aux loisirs, à la participation sociale
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie d'Henry

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Henry a 81 ans et a une «très bonne» appropriation du territoire. Passionné de jardinage et de pétanque, il danse régulièrement avec sa femme dans le 14 ème au CASA et au club Didot. «*Je ne participe pas régulièrement aux activités des clubs : ce que je recherche, c'est le plaisir de revoir des personnes rencontrées lors des séjours de vacances, aux thés dansants ou aux bals*». Henry dessine sur la carte mentale le quartier où il se déplace à pied avec précision : toutes les aménités y sont présentes. «*58 ans dans le même arrondissement créent des liens indéfectibles*». *(Correspondance)*

Pétanque Pl. Gilbert Perroy ©GP/NN 2011

Planche n°91 : territoire de vie de Solange, 81 ans



Carte mentale de Solange, type intimiste

Aménagements urbains

- Habitat résidentiel et collectif
- Bâtiments publics
- Parcs, jardins, espaces verts publics et talus plantés
- Voies ferrées
- Stades
- Cimetières
- Plans d'eau et fontaines
- Limite d'arrondissement

Pratiques spatiales

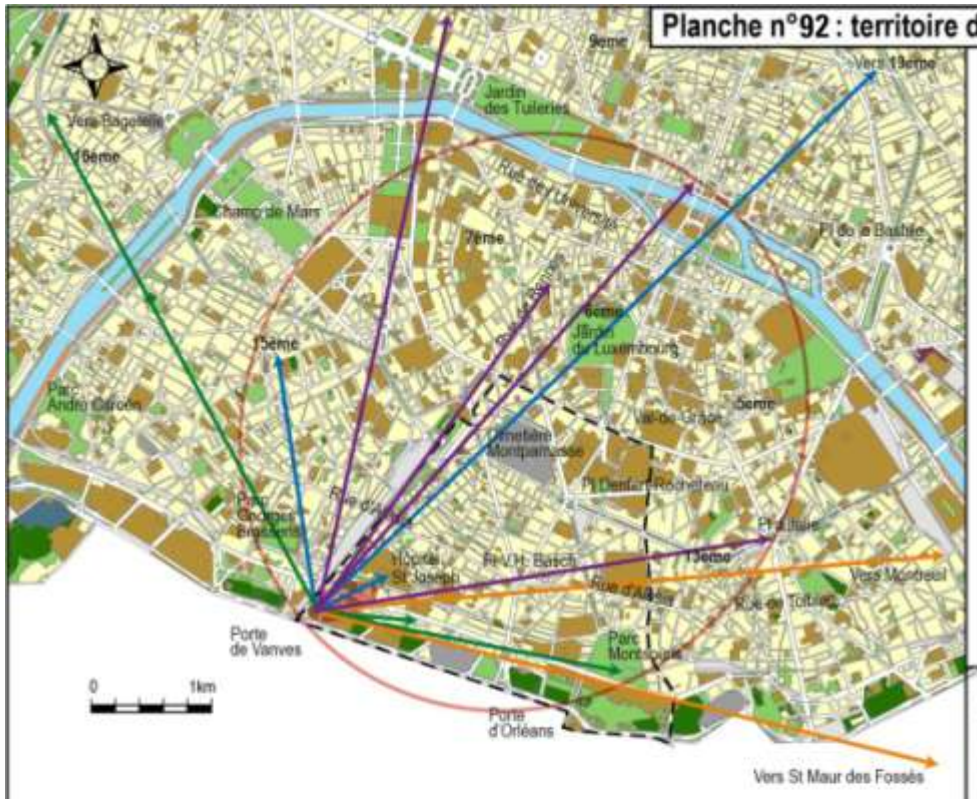
- Déplacements irréguliers
- Déplacements irréguliers liés aux promenades
- Espace privilégié des déplacements proches du domicile, effectués à pied, représenté sur la carte mentale
- Limite du territoire de vie de Solange

© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Solange a une «assez bonne» appropriation du territoire. Célibataire, elle habite dans le quartier depuis 43 ans et y est très attachée car il est calme et verdoyant, elle le dessine sur sa carte mentale . Ses déplacements se font vers le 13ème arrondissement plus facile d'accès pour le quotidien.
(Correspondance)

Av. Reille, en face du parc Montsouris ©B.Nader 2008

Planche n°92 : territoire de vie de Juliette, 75 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

Carte mentale de Juliette, espace ouvert

Juliette a une «bonne» appropriation territoriale. Elle habite juste à côté de la «Maison Ouverte» qu'elle apprécie pour sa chaleur sa convivialité «*j'aime la sympathie, voir quelqu'un d'agréable pour y passer un moment*». Son territoire de vie est à géométrie variable : elle se rend souvent chez ses enfants à Montreuil et se promène dès qu'elle le peut dans les parcs parisiens. Sa carte mentale sous forme d'organigramme indique une grande partie du 14ème de Montparnasse au parc Montsouris. Elle donne peu d'information sur son quartier : elle ne l'apprécie pas et s'y sent en insécurité en particulier le dimanche, jour des puces de la porte de Vanves.
(Correspondance)

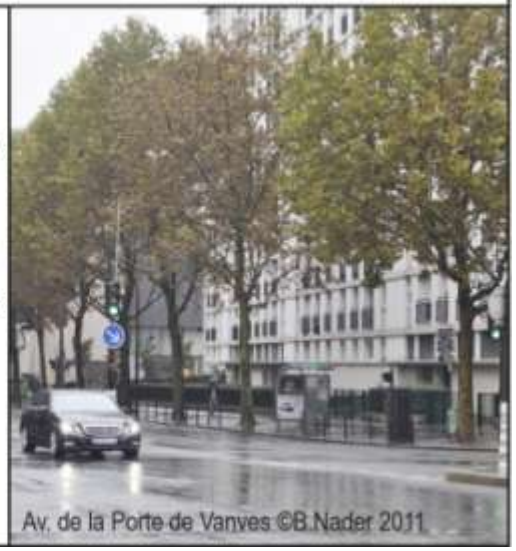
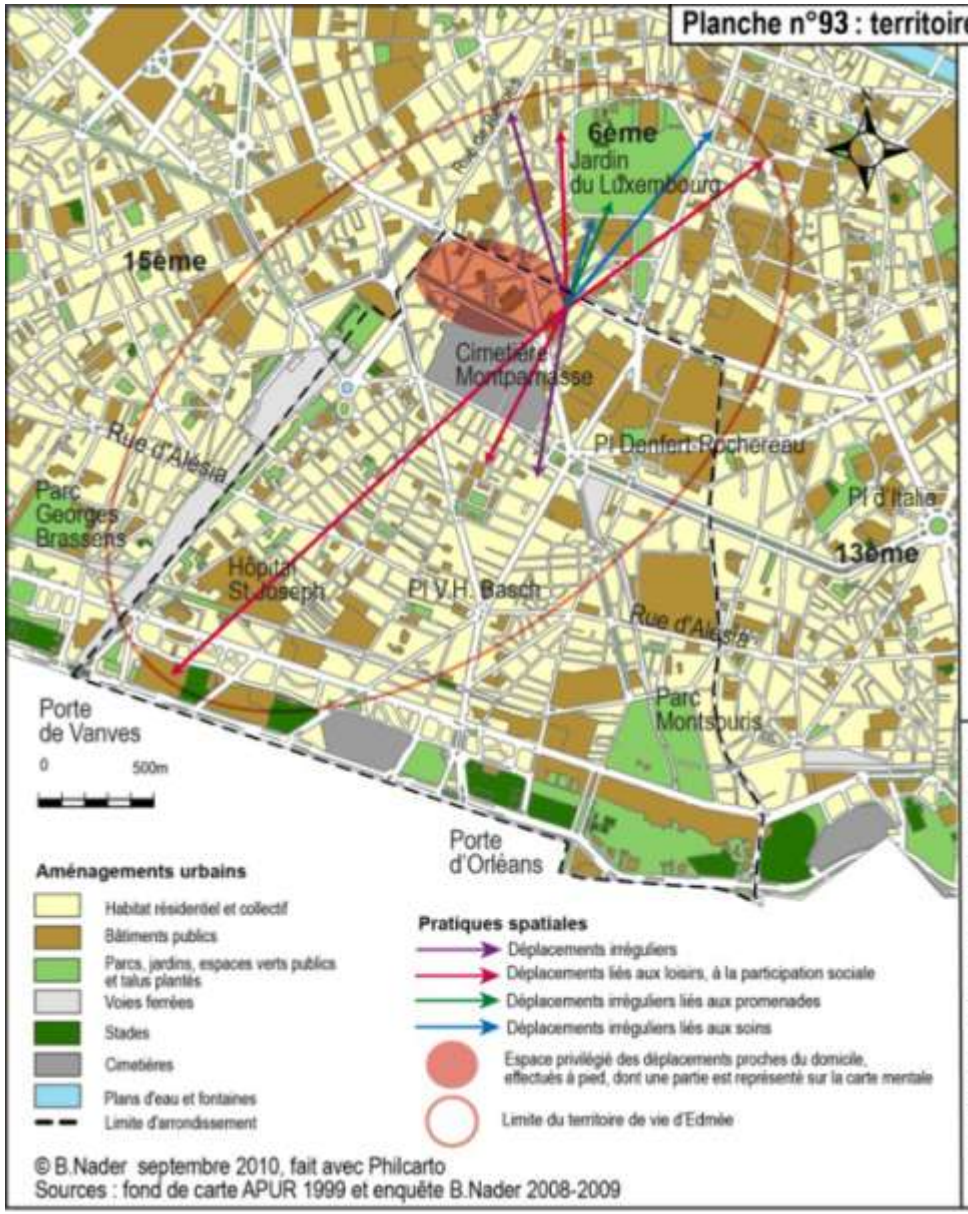
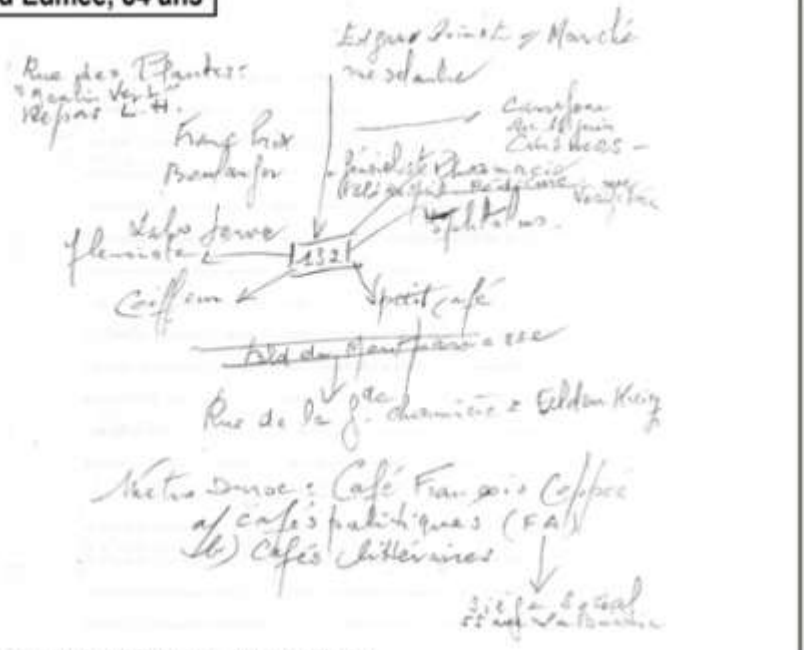

Av. de la Porte de Vanves ©B.Nader 2011

Planche n°93 : territoire de vie d'Edmée, 84 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009

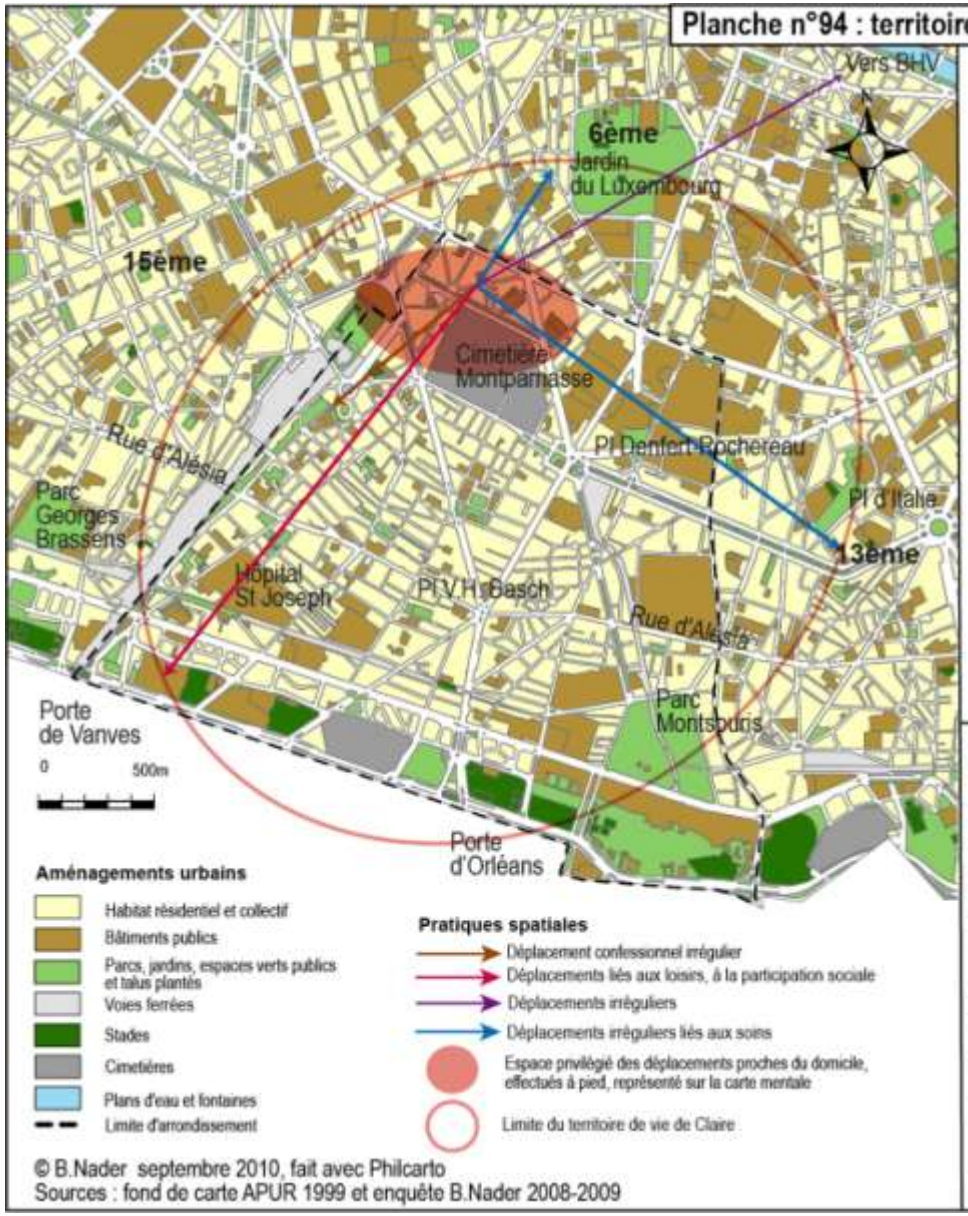


Carte mentale d'Edmée, type village

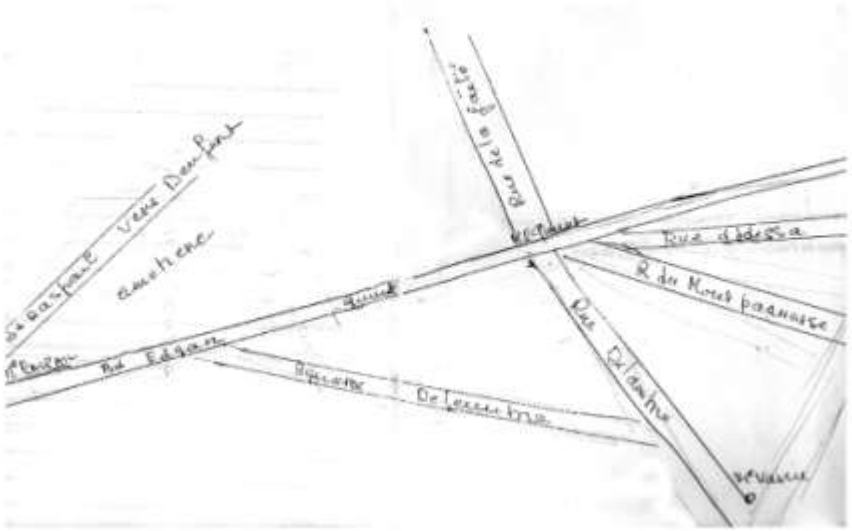
Edmée a une «assez» bonne appropriation territoriale. Son engagement politique, ses activités sportives et récréatives ponctuent ses semaines et sont la base de son dynamisme. «*Cela m'apporte une mobilité et surtout me maintient intellectuellement, c'est un tout*». Sa participation sociale est son moteur et remplace une famille peu présente. Bien qu'habitant depuis 50 ans dans le quartier, Edmée y est peu attachée et connait peu de personnes. Sa carte mentale illustre son dynamisme : son organigramme nous permet de visualiser ses relations «spatiales socialisées». *(Entretien)*

Boulevard Montparnasse ©B.Nader 2009

Planche n°94 : territoire de vie de Claire, 77 ans



© B.Nader septembre 2010, fait avec Philcarto
Sources : fond de carte APUR 1999 et enquête B.Nader 2008-2009



Carte mentale de Claire, type intimiste

Claire une «bonne» appropriation territoriale. Mariée, elle a une double résidence et part souvent avec son mari dans sa maison de campagne. Très active, elle prend de cours de peinture, de poterie et suit de cours Taï chi à «La Maison Ouverte» avec «*des gens qui partagent les mêmes activités que moi*». Vivant depuis 50 ans dans le quartier, elle y est très attachée. Claire représente sur sa carte les rues qui entourent son domicile et indique les stations de métro en tant que repères spatiaux.
(Correspondance)

Bld. Montparnasse ©B.Nader 2011